

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



DOR CRÓNICA PEDIÁTRICA EM PORTUGAL
CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Ana Luisa Vieira Rodrigues Gonçalves

Mestrado em Ciências da Dor (1ª Edição)

2008

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 14 de Outubro de 2008

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



DOR CRÓNICA PEDIÁTRICA EM PORTUGAL CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Ana Luisa Vieira Rodrigues Gonçalves

Mestrado em Ciências da Dor (1ª Edição)

Dissertação orientada pelo Prof. Dr. Jorge Castro Tavares e
co-orientada pelo Prof. Dr. João Eurico Cortez Cabral da Fonseca

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

As crianças não têm passado, nem futuro,
É coisa que nunca nos acontece,
gozam o presente.

Jean de la Bruyère

Nada surpreende quando tudo surpreende:
é o estado das crianças.

Antoine Rivarol

A melhor maneira de tornar as crianças boas,
é torná-las felizes.

Oscar Wilde

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Jorge Tavares, que com a sua disponibilidade tornou possível a realização deste trabalho.

Ao meu co-orientador, Prof. João Eurico Fonseca pela ajuda prestada.

Ao Dr. Daniel Virella pelo trabalho estatístico.

À minha filha, pelo tempo que não passámos juntas e pela compreensão e orgulho que pude observar pelo trabalho realizado pela mãe.

Ao meu marido pela amizade, paciência e incentivo neste tempo, para mim tão importante e por vezes tão difícil.

E a todos os médicos que me deram uma ajuda tão grandiosa, ao responderem ao questionário, perdendo um pouco do seu tempo às vezes tão precioso.

RESUMO / ABSTRACT

RESUMO

Da escassa prática clínica em dor crónica pediátrica em Portugal, surgiu a necessidade de fazer um levantamento da realidade nacional.

Procedeu-se à elaboração de um questionário, dirigido aos médicos que tratam dor crónica pediátrica em consultas de doze hospitais do país, com o objectivo de avaliar a prevalência de dor crónica nas crianças observadas em consulta durante os meses de Junho, Julho e Agosto de 2007, identificar os subgrupos dessa população, saber qual a especialidade em que foram observadas, identificar o quadro doloroso subjacente, a patologia de base e determinar o seu comportamento.

Concluiu-se que o levantamento foi um instrumento útil e de fácil aplicação pelos profissionais de saúde ligados à dor crónica, permitindo questionar uma nova abordagem desses doentes e até mesmo a criação de uma consulta direccionada exclusivamente para a dor crónica pediátrica, já que em Portugal não há nenhuma em funcionamento.

Foram obtidas 117 respostas a nível nacional, tendo sido possível realizar uma análise estatística desses dados. Concluiu-se que as crianças não eram geralmente seguidas em consultas multidisciplinares, sendo 42% observadas na especialidade de Reumatologia. A predominância foi do sexo feminino (62,4%), 43,7% tinham como patologia de base uma doença reumática; 55% dos doentes estavam polimedicados, e em 56% a dor interferia com a sua vida diária.

Embora denotando diferenças entre os 12 hospitais inquiridos, documentou-se que a dor crónica pediátrica deve ser encarada como um problema de saúde

pública em Portugal, sendo necessário implementar novas medidas para o seu tratamento, nomeadamente a criação de consultas especializadas e multidisciplinares, que não existem em Portugal.

ABSTRACT

Due to a poor medical experience on paediatric chronic pain in Portugal the need of carrying out a national survey came up.

We decided to elaborate a questionnaire adapting it to the Portuguese reality.

The goal of this survey was to:

- evaluate the prevalence of the chronic pain in children who were observed in medical appointments in June, July and August 2007

- identify the subgroups of this population and know in which medical speciality they had been observed

- identify the subjacent painful syndrome, the background pathology and determine its behaviour.

The questionnaire was addressed to doctors who give medical care to these children in different medical appointments in twelve hospitals throughout the country.

117 replies were obtained. We concluded that most of the children were not being followed up by multidisciplinary clinics. In fact 42% were being treated by Rheumatologists as 43,7% had rheumatic diseases. Most of the children were female (62,4%), were being exposed to several drugs (55%) and in a substantial proportion (56%) pain was interfering with daily life activities.

We came to the conclusion that the survey was a useful and helpful instrument, easy to apply by the health professionals who work in the area of chronic pain, creating pathways for a new approach to these patients and highlighting the need for special clinics directed exclusively to paediatric chronic pain, which are absent in Portugal.

Palavras-chave : Dor crónica, Pediatria, Prevalência, Portugal

Keywords : Chronic pain, Paediatrics, Survey ,Portugal

INDICE DE TABELAS

1. Consulta de acompanhamento	60
2. Doença de base	61
3. Evolução da doença	64
4. Número total de consultas	65
5. Avaliação da dor na consulta	66
6. Relação entre a patologia de base e o número de doentes medicados	69
7. Relação entre a doença de base e a polimedicação	70
8. Relação entre a doença de base e a medicação com opióides	71
9. Relação entre a doença de base e a medicação com antidepressivos e anticonvulsivantes	72

INDICE DE FIGURAS

1. Demografia	56
2. Sexo dos doentes	56
3. Idade da população	58
4. Consultas de acompanhamento	59
5. Patologia de base mais significativa	61
6. Doença de base	62
7. Doença de base no Funchal	63
8. Evolução da doença	64
9. Número de consultas	65
10. Percentagem de crianças com dor superior a cinco na escala numérica	67
11. Número de doentes medicados	68
12. A dor interfere na vida diária	74
13. A dor interfere com a vida escolar	75

INDICE GERAL

Agradecimentos	4
Resumo	6
Abstract	8
Índice de tabelas	10
Índice de figuras	11
Capítulo I	14
1 – Introdução	16
2 – Enquadramento histórico	20
3 – Enquadramento teórico	33
4 – Objectivos	39
Capítulo II	41
1 – Metodologia	43
1. População em estudo	46
2. Estratégia para a colheita de dados	48
2.1 – Instrumento de recolha de dados	48
2.2 – Pré – teste	50
2.3 – Realização do questionário	51
2.4 – Análise estatística	52
3. Considerações éticas	53
2 – Resultados	54
1. Caracterização demográfica	55
2. Caracterização clínica	59
3. Avaliação da qualidade de vida	74
Capítulo III	79
1 – Discussão	81
1. Comentários sobre os métodos	83
2. Discussão dos resultados	84

Capítulo IV	91
Conclusões	93
Referências bibliográficas	97
 Anexos	 101
I – Questionário	102
II – Carta dirigida aos Conselhos de Administração	104
III – Autorização dos Conselhos de Administração	106
IV – Autorização das Comissões de Ética	110
V – Carta dirigida aos Directores de Serviço	117
VI – Carta dirigida aos colegas	119

CAPITULO I

1 - INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Dor deriva do latim *dolor- oris* que significa tormento, sofrimento. Já a palavra inglesa *pain* deriva do termo latino *poena* que significa punição

Desde sempre, a dor crónica em Pediatria tem sido subvalorizada e negligenciada, embora cerca de 15% das crianças a sintam.

Na Holanda, um país com 15 milhões de habitantes, um inquérito realizado no ano de 2001 a 5400 crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade revelou que 25% tinham tido alguma vez dor crónica (dor recorrente ou contínua durante mais de três meses) e destes um terço tinham dores frequentes e intensas.

Doenças como a drepanocitose, a enxaqueca, a artrite idiopática juvenil, as doenças do foro oncológico ou ortopédico estão associadas a episódios de dor crónica que quando não tratados, levam ao seu aumento na vida adulta.

O Comité de Taxonomia da International Association for the Study of Pain (IASP) definiu a dor como “ Uma experiência sensorial e emocional associada a lesões teciduais potenciais ou descritas em termos de tal lesão”.¹

A dor crónica implica a sua recorrência durante mais de três meses e, segundo Fordyce (1978), já não é entendida como uma sensação simples mas, pelo contrário, como uma experiência perceptual complexa com quatro componentes fundamentais: Nociceção, Sensação, Sofrimento e Comportamento em que estes dois últimos são dominantes.

A dor, sobretudo a crónica é pois uma vivência e invariavelmente subjectiva. A sua natureza multifacetada e o seu impacto, incluindo factores psicossociais e biológicos são evidentes desde a infância. (McGrath, 1990)

Durante a infância, a valorização da dor pode ser difícil devido às limitações cognitivas próprias da idade, como a dificuldade de comunicação, a inexperiência da sensação dolorosa e as influências psicossociais.

Trata-se de uma área relativamente nova em termos de investigação, cuja história só remonta ao início da década de setenta .(Hester, 1993)

Só recentemente, a investigação se direccionou para o alívio da dor na criança e protocolos ou recomendações em dor crónica pediátrica são praticamente inexistentes.

Apesar de todas as directrizes e objectivos da Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal ainda não consegue prestar de forma equitativa um tratamento adequado na dor crónica nos adultos e particularmente nas crianças.

Continua-se a considerar a criança como um adulto pequeno, o que reduz as probabilidades de uma melhor qualidade de vida, assim como vai aumentando o número de crianças incapacitadas.

É necessário referir que alguma investigação no estrangeiro tem focado o desenvolvimento da compreensão da dor por parte da criança.

Gaffney (1993) verificou que as ideias das crianças acerca da dor variam com a idade de acordo com os estádios cognitivos definidos por Piaget. As crianças mais novas contextualizam-na em termos de dor física, e só mais tarde começam a expressar os componentes psicológicos da dor e como ela afecta a sua vida diária.

A especial atenção sobre a criança surge com a constatação da necessidade de uma terapêutica diferente em relação ao adulto que se encontre na mesma situação. Os esforços para colmatar essas dificuldades em termos de avaliação e de tratamento têm sido alvo de investigação por parte de psicólogos e médicos embora em Portugal ainda não se tenha observado um consenso.

Um factor importante na abordagem da criança com dor crónica prende-se com a natureza da doença, o envolvimento por parte dos profissionais de saúde e da família, e modelos de actuação distintos de acordo com as características da criança, a benignidade ou malignidade da doença, a sua frequência e a sua especificidade.

Tudo isto, leva a uma prática de gestão médica diferente, até hoje um pouco esquecida em Portugal, de tal modo que a falta de organização bem estruturada no acompanhamento destes doentes e suas famílias leva a que não possam beneficiar de um apoio médico global e integrado

Tendo presente esta realidade, propõe-se neste levantamento saber qual o número de crianças observadas e a sua idade, quais as especialidades envolvidas, qual o quadro doloroso subjacente e a patologia de base e se há alteração na dinâmica familiar.

Por enquanto, baseamo-nos em estatísticas estrangeiras para abordarmos a questão, pelo que urge a necessidade de ultrapassar a problemática e tentar encontrar soluções.

2-ENOUADRAMENTO HISTÓRICO

ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

Para se poder contextualizar o significado da palavra dor, é importante irmos à origem da expressão “paciente com dor”, já que dor, em Inglês, deriva do termo latino “*poena*” que significa punição e paciente provem do latim – “alguém sujeito a sofrimento ou dor “. ³⁵

A dor tem sido um dos factores que mais tem afectado o curso da história humana. Para a tradição judaico-cristã, o pecado de Adão e Eva no Jardim de Éden levou ao sofrimento e dor da Humanidade. Este seu acto levou a vários conceitos de doença, incluindo até mesmo a experiência de dor durante o trabalho de parto ou até a noção de que o Inferno é algo doloroso ao contrário do Paraíso que é puro e indolor. Os textos bíblicos do Génesis referiam-na como consequência do pecado.

Desde os primórdios da civilização que a Humanidade procura entender e controlar a dor. Tentar eliminá-la é um objectivo que se iniciou desde os povos pré-históricos (7000 a.C.) que perfuravam o crânio para libertar os maus espíritos que provocavam as cefaleias. Também no Antigo Egipto, e descrito no Papiro de Ebers, a dor era vista como resultado da entrada de espíritos dos mortos no corpo através de uma orelha ou narina. As dores eram pois atribuídas a punições por faltas cometidas.

Neste antigo documento egípcio, há mesmo uma grande variedade de informação farmacológica, nomeadamente o uso de ópio para o tratamento de dor em crianças.

Também se descreve o emprego de amuletos contendo dentes de adultos mortos para aliviar a dor pediátrica.

Entre os Incas, os portadores de doenças dolorosas eram vítimas de espíritos malignos, e para que esses “demónios” saíssem havia a necessidade de cirurgias tais como as trepanações.⁵

Nos textos cuneiformes da Mesopotâmia e nalguns documentos persas são expressadas as consequências nefastas da dor, visando o seu controlo.³³

Na antiga China, o Imperador Shen Nung que viveu há cerca de cinco mil anos, considerado o pai da agricultura chinesa e das ervas, ou até mesmo da terapia oriental, era grande conhecedor do seu uso no tratamento da dor. A farmacopeia chinesa incluía a denominada “willow plant” que, ao conter ácido salicílico era útil na dor reumática. Duzentos anos mais tarde, Huang Ti descreveu a acupunctura no tratamento da dor. O recurso a esta técnica destinava-se á expulsão dos demónios que por um método de drenagem eram desta forma conduzidos a sair do organismo.²⁸

Mas, foi com a Grécia antiga, que se deram os primeiros passos para uma mais correcta explicação deste fenómeno, tentando rejeitar as teorias religiosas, desmistificando a sua origem.

Hipócrates, médico grego da Era de Péricles, foi considerado um das figuras mais importantes da Medicina. Nasceu no ano de 460 a.C. na ilha de Kos e foi o primeiro a desacreditar as superstições. Separou a disciplina de Medicina da Religião, argumentando que a doença e a dor não eram castigos infligidos pelos deuses, mas sim o produto de factores ambientais, dieta, hábitos de vida ou humores.

Segundo a sua doutrina, no organismo existiam quatro humores: sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma que quando em equilíbrio mantinham a saúde (pepsis) mas que em desequilíbrio levavam à doença (dyscrasia) o que significava má “mistura”. A sua contribuição revolucionou a prática da Medicina, tendo sido o primeiro a preconizar o uso de técnicas de arrefecimento para alívio da dor e a conseguir a supressão da dor cirúrgica através de um primitivo sistema, a compressão das carótidas.^{28,19}

A grande frustração de a encarar, foi também narrada pelo médico e filósofo Arateo de Capadócia (100-200 d.C.), que dizia que se devia usar compaixão ao cuidar de um doente portador de doença crónica irreversível.¹⁹

Foi com a medicina racional de Hipócrates que se deu a ruptura em relação à medicina mágico - religiosa, associada ao culto de Esculápio, fruto lendário dos amores de Apolo com uma mortal, tendo-se tornado o semideus da Medicina durante muitos séculos. De qualquer modo, o termos “asclepíades” populariza-se mais tarde como sinónimo de médico, entre os romanos.¹¹

Os Romanos também foram influenciados pela medicina e filosofia helénicas.

Asclepiades de Bítinia, médico grego que trabalhou em Roma teve a sua formação em Alexandria. Acreditava que a própria natureza se encarregava de restabelecer a normalidade do movimento dos átomos, e portanto, da saúde.

O bem estar correspondia pois, a uma boa movimentação dos átomos pelos canais e poros e a doença à sua desarmonia. Estabeleceu as bases para outros importantes médicos como Galeno.^{5,19}

A medicina de Galeno influenciou todo o mundo antigo até duzentos anos depois de Cristo.

Galeno foi um célebre médico - cirurgião romano nascido em Pérgamo, Ásia Menor, actualmente parte do território turco. Iniciou o seu estudo em medicina na Turquia e posteriormente no Egipto. Aos 28 anos muda-se para Roma, tendo-se tornado o cirurgião principal dos gladiadores, especializando-se em cirurgia e dietética. Tornou-se tão famoso que chegou a ser o médico particular do Imperador Marco Aurélio.

Estudou a fundo a anatomia humana, tendo descoberto a medula espinal, pesquisou os nervos cranianos e reconheceu os raquidianos, os cervicais e uma parte do sistema nervoso simpático. Atribuiu a dor neuropática à “tensão” e classificou os vários tipos de dor. Embora tendo escrito mais de quatrocentos livros, onde descreve meios de luta contra a dor e a doença, muitos perderam-se no incêndio do Templo da Paz.

Foi sem dúvida o fundador da medicina experimental, tendo morrido em parte incerta.

Assim, durante o período do Império Romano, muitos progressos foram desenvolvidos para compreender a dor e considerá-la uma sensação semelhante a outras do organismo^{28,13}.

Durante os primeiros cinco séculos depois de Cristo, muitos textos gregos e romanos foram destruídos pela Igreja Católica, por serem considerados heréticos, tendo estagnado a Europa Ocidental em termos de experimentação científica. A Idade Média ficou conotada como um obscurantismo científico marcadíssimo.^{22,31}

A dor passou a ter um uso social, instrumento de muitos destinos. Pela oferta da dor, o cristão de outrora, tentava redimir-se de pecados e ao mesmo tempo o sofrimento consentido transformava-se numa forma de amor. A exaltação do sofrimento de Cristo leva a que a dor seja pois valorizada com uma forma de manifestação de fé. A leitura de documentos actuais da religião católica, nomeadamente do Papa João Paulo II, reactualizam este conceito redentor da dor e do sofrimento ao mesmo tempo que não negam o valor da investigação e práticas médicas no sentido de os aliviar.

Por outro lado, a Oriente, a filosofia islâmica estimulava a conservação da aprendizagem, independentemente da sua origem, avançando em áreas como a farmácia, a química e até em técnicas de preparação de medicamentos.

Na medicina islâmica é de destacar Avicena, de seu verdadeiro nome Ibn Sina (980 - 1037) , filósofo árabe nascido na Pérsia. Considerado o maior filósofo do islamismo, foi o precursor dos algarismos árabes. Estudou profundamente a filosofia aristotélica tendo garantido a preservação de grande parte da obra de Aristóteles. Redigiu várias obras na área da medicina destacando-se o *Livro da Cura* que foi estudado a Ocidente ao longo de vários séculos, tendo sido mesmo traduzido para latim no final do século XII e influenciado filósofos posteriores tais como, Alberto Magno e Tomás de Aquino. Neste seu Livro discutiu a narco - anestesia, a anestesia por refrigeração dando grande importância às substâncias analgésicas.¹⁹

Também o próprio livro do Corão assume uma atitude própria em relação à dor. Etimologicamente, Islão significa “submissão aos decretos de Deus”. O muçulmano não se rebela perante o sofrimento que o afecta. A dor não é um

castigo para um erro, ela está predestinada, inscrita no homem bem antes do nascimento.

Já Avicena considerava o universo formado por três ordens: o mundo terrestre, o mundo celeste e Deus, constituindo este último a base de todas as possibilidades.²²

Durante o século XIII, o mundo ocidental começa a emergir da “Idade das Trevas”, enriquecida, tal como foi anteriormente referido, pelo pensamento muçulmano.

Inicialmente em mosteiros e posteriormente em universidades seculares, muitas obras foram traduzidas para latim sendo a prática médica da Grécia e de Roma contestada por indivíduos como Paracelso.

Paracelso, de seu verdadeiro nome Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus von Hohenheim nasceu na Suíça em 1493. Foi um famoso médico, alquimista, físico e astrólogo. O seu pseudónimo significa “superior a Celso (médico romano)”. Foi o pioneiro na utilização de produtos químicos e minerais na Medicina. Na sua visão, a saúde e a doença dependiam da harmonia do homem com o microcosmo e a Natureza do macrocosmo pelo que os humanos tinham certos balanços de minerais no organismo e que certos medicamentos podiam curar algumas doenças. Defendeu, por isso, o uso de agentes químicos no controle da dor, descrevendo a acção do éter em galinhas, como uma substância que a aliviava. Paracelso lançou, assim, as bases da Química Moderna, tendo leccionado na Universidade de Basileia, de onde foi expulso por queimar em praça pública livros de filósofos, como por exemplo, de Avicena. Em 1536 publica

o *Die Grosse Wundartzney* (O Grande Livro da Cirurgia) em alemão, muito incomum para a época em que tudo era ensinado em latim. Faleceu em 1541.²⁸

No Renascimento, o homem passa a ser o “centro do Universo”. O sofrimento físico passa a ser associado ao indivíduo e não à religião. Sob o impulso da Academia Laurentina fundada por Laurent de Médicis começam a despontar outros avanços científicos importantes. Nos trabalhos de Leonard da Vinci aparece a visão anatómica e fisiológica moderna da dor como sensação transmitida pelo sistema nervoso. Há de novo a tentativa de recolocar o cérebro como centro de sensações.³¹

Apesar de algumas melhorias, os conceitos e os métodos de controlo da dor permaneciam os mesmos desde há dois mil anos. O declínio da religiosidade coincidia com a ascensão da revolução científica dos séculos XVI e XVII.

No século XVI, o cirurgião francês Ambrose Paré (1510-1590), considerado o pai da cirurgia moderna, relatou que ao fazer compressão acima do local operado a dor diminuía e a hemorragia era mais facilmente controlada. Este método foi aperfeiçoado por James Moore com a técnica de “pressão sobre os nervos” embora mais tarde, já no século XVIII, no ano de 1784.

Só no século XVII, com o conceito do filósofo francês René Descartes sugere a existência de vias de transmissão da dor, na sua obra “De Homine”, publicada em 1662, em que menciona que a dor é transmitida da pele por pequenos filamentos, criando um modelo simples do sistema nervoso. Debruça-se sobre o misterioso problema da dor do “membro fantasma” sentida nos amputados e considera a dor em geral como uma simples exacerbação do tacto, levado ao extremo e ligada à circulação do espírito dos nervos.³¹

Outro grande contributo é prestado por Erasmus Darwin em 1794, que ao considerar a dor como uma resultante do excesso de estímulos sensoriais, está a antecipar nalgumas décadas a teoria da intensidade da dor. Esta opinião persistirá até ao século XIX, onde novas invenções, novas teorias e novos pensamentos emergem num período que ficou conhecido por Revolução Científica, a partir do qual os progressos de luta contra a dor avançam rapidamente.

Em 1803, o farmacêutico prussiano Adam Sertürner (1783-1841) isolou pela primeira vez a morfina a partir do ópio, o qual já era empregue há milénios para aliviar a dor. Chamou-lhe inicialmente "principium somniferum" devido ao seu forte poder narcótico, provocando distúrbios de consciência, sono e perda de sentidos. Mais tarde, deu-lhe o nome de "Morphium" em honra a Morfeu, deus dos sonhos da mitologia grega. Sertürner influenciou significativamente a transformação da farmacologia, lançando bases para uma nova classe de fármacos, os alcalóides.

13,29

Em 1827, a indústria alemã Merck and Company inicia a comercialização da morfina.

No entanto, só em 1853, Rynd, na Irlanda, e Pravaz em França desenvolveram a seringa com agulha hipodérmica para a sua administração.²⁸

Outro fármaco empregue no controle da dor, o éter, tem uma história que remonta a 1540 quando é sintetizado pela primeira vez por Valerius Cordus. Contudo, o nome pelo qual é conhecido actualmente deve-se a August Frobenius em 1730.

É utilizado pela primeira vez numa intervenção cirúrgica como anestésico, em 1842 por Crawford Long, na tentativa de extracção de um tumor da nuca a um

amigo, não tendo este sentido dor. Long acreditava que o éter apenas deveria ser utilizado em pequenas cirurgias, pelos seus efeitos nocivos após grandes inalações. Pelo receio da crítica, acabou por não publicar nem comunicar os resultados das suas observações.

No entanto, em 1846, William Morton, fez uma demonstração pública no Massachussets General Hospital da sua eficácia tendo-lhe chamado Letheon (grego - esquecimento). Morton patenteou a sua descoberta o que levou à fúria de colegas, tais como Long pelo que foi obrigado a revelar a sua composição – éter sulfúrico puro, tendo sido desacreditado.

Também o dióxido de azoto teve a sua entrada na anestesia, de um modo teatral, já que foi utilizado para extracção dentária em 1844, por Horace Wells após ter percebido que depois da inalação de gaz hilariante, as pessoas se tornavam insensíveis à dor. Também marcou uma demonstração pública no Massachussets General Hospital, não tendo esta decorrido como o previsto, tendo sido expulso pela sua falha.¹³

Já em 1874, James Simpson, obstetra inglês foi o pioneiro no uso de clorofórmio como substituto do éter no controle da dor tendo, no entanto tido oposição por parte da Igreja calvinista já que a mulher deveria “dar à luz com dor” tal como descrito no Velho Testamento. A oposição religiosa desapareceu totalmente quando à Rainha Vitória foi administrado clorofórmio durante o nascimento dos seus 8º e 9º filhos pelo médico John Snow.²⁸

Também no século XIX, Johannes von Müller, dedicou-se ao estudo da dor dando início a um período de intensa actividade científica que culminou com a apresentação de duas teorias fisiológicas sobre a dor: *Teoria da Especificidade*,

que defendia vias próprias para a transmissão da dor e a *Teoria da Intensidade* que admitia que cada estímulo produzia dor desde que ultrapassasse uma certa intensidade.¹⁷ Ao mesmo tempo, Carl Koller percebeu o uso de cocaína como anestésico para oftalmologia, iniciando aí a revolução da analgesia regional.

Após o desenvolvimento de alguns anestésicos, novas técnicas começam a ser desenvolvidas para lidar com a dor crónica, como por exemplo a técnica de neuralgia trigemial por Hersley ou a rizotomia posterior por Abbe.^{13,14}

No século XX, na década de 30, o cirurgião vascular René Leriche, foi pioneiro em tratar a dor crónica como doença e não como sintoma. Na sua obra

“A Cirurgia da Dor” destaca-se o tratamento da Distrofia Simpático – Reflexa e o desenvolvimento da técnica de bloqueio simpático com procaína para tratar lesões de guerra.

Neste mesmo período de tempo, outros anestesistas utilizaram técnicas de bloqueios de plexos nervosos com fins terapêuticos, nomeadamente, Koller, Dogliotti e Fontaine.^{13,14,15}

Dogliotti, descreveu o uso da injeção de álcool no espaço subaracnoideu cervical para o tratamento de dor oncológica. Em 1907, Schlosser referiu o alívio da dor nevrálgica através da injeção alcoólica em nervos dolorosos ou lesados.¹⁵

Durante a Segunda Guerra Mundial, surge pela primeira vez o conceito de “Clínica de Dor”. John Bonica também ele cirurgião, reconhece a grande dificuldade do manuseamento de estados dolorosos em veteranos de guerra com as técnicas unidisciplinares existentes na época. Propõe então o conceito de *multidisciplinaridade* para o tratamento da dor crónica, humanizando-o.

O seu trabalho foi de tal forma importante para o modo como se encara actualmente a dor crónica que foi universalmente considerado o “pai da dor”.

Em 1960, Bonica desenvolveu conjuntamente com White e Crowley , o primeiro Centro Multidisciplinar de Dor , na Universidade de Washington, em Seattle, ainda hoje um modelo de terapêutica multidisciplinar da dor.^{33,28}

Como resultado do seu trabalho criaram-se a *American Pain Society* e a *International Association for the Study of Pain (IASP)* que lideram a investigação e o manuseamento da dor nos dias de hoje.O seu último legado foi a publicação do livro, *The Management of Pain*, em 1953 que estabelece as bases da algologia moderna.⁵

Em 1965, com a publicação da Teoria do Portão (Gate Control Theory), Wall e Melzack deram um importante contributo para a compreensão das vias de transmissão dos impulsos dolorosos. Ela enfatizava a importância dos sistemas moduladores ascendentes e descendentes e abriu portas para as diferentes síndromes dolorosas. Esta teoria tem levado a múltiplas investigações ao longo dos anos tendo sido aperfeiçoada e passando a Medicina da Dor a ser considerada uma Ciência.

A Medicina da Dor tem percorrido um longo caminho.Actualmente, novos fármacos, técnicas inovadoras e novos procedimentos têm aumentado o panorama mundial deste tema. Novas investigações contribuem diariamente para o modo como se encara a dor e o seu manuseamento.

Estes conceitos têm tido efeitos positivos no desenvolvimento da medicina da dor. O treino de especialistas em dor tem sido tomado em consideração pelas diferentes organizações internacionais de luta contra a dor, com o princípio de

encarar a dor crónica como um “todo”. Devem ser criados programas educacionais não só para a abordagem do adulto mas também da criança.

Com todas estas evoluções, o futuro tornar-se-á mais promissor, sendo, no entanto, muito importante a especialização na realidade pediátrica e a intervenção sobre factores físicos e ambientais externos que enquadram a percepção da dor.

3-ENOUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor é um fenómeno neurológico complexo.

De acordo com a definição de dor pela International Association for the Study of Pain, a dor é uma sensação desagradável, multidimensional, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão potencial, ou é descrita em termos de tal lesão.²⁵

Na grande maioria dos casos, a dor resulta da activação de receptores específicos, neurónios aferentes, também denominados nociceptores, que detectam o estímulo doloroso. Pode também ser causada por disfunção desses mesmos nociceptores ou ainda por perturbações do sistema nervoso central.²⁵

As terminações nociceptivas inervam uma grande variedade de tecidos. Podem ser divididas de acordo com três critérios: grau de mielinização, tipo de estímulo que evoca a resposta e características da resposta, e em três tipos de fibras : A δ , A β e fibras C. No entanto, só as fibras C e as A δ transmitem informação nociceptiva. Quando se aplica um estímulo nociceptivo à pele, os nociceptores A δ são responsáveis pela dor aguda imediata, a qual é seguida por uma dor mais difusa provocada pelos nociceptores C que apresentam uma condução mais lenta por serem fibras não mielinizadas.²³

Meyer e colegas identificaram nociceptores A δ térmicos, químicos e receptores A δ mecânicos, todos eles claramente identificados em fibras que inervam músculos e articulações, mas não em vísceras.⁸

Embora algumas fibras sejam indubitavelmente nociceptores, outras são activadas por estímulos não dolorosos como é o caso das fibras A β .⁴

Os nociceptores primários entram na medula espinal através do tracto de Lissauer's e fazem sinapse com neurónios do corno dorsal da medula. O corno dorsal é, por isso, o ponto em que a informação nociceptiva é transmitida para centros superiores ou onde ela pode ser inibida através de sistemas descendentes. As fibras A δ cruzam na via neoespinotalâmica para o núcleo posterior do tálamo contra lateral, enquanto que as C seguem pelo trato paleoespinotalâmico do mesmo lado para o sistema reticular e núcleo reticular no córtex. Assim, o trato espinotalâmico é a via ascendente mais importante para a transmissão do estímulo nociceptivo.⁸

Outra importante descoberta é a de que existem nociceptores que normalmente não são activados, excepto em situações patológicas como a inflamação. São os denominados nociceptores silenciosos que se tornam sensíveis a mediadores químicos tais como a bradiquinina, a histamina, a serotonina, prostaglandinas, potássio e prótons. Estes nociceptores são responsáveis pela sintomatologia dolorosa da patologia articular.⁴

Outras substâncias endógenas também actuam em receptores específicos, presentes em nociceptores, como sejam a substância P e o Glutamato.²³

Para além de activarem os nociceptores, provocando uma dor aguda, muitas destas substâncias podem desencadear a denominada hiperalgesia primária que ocorre na zona da lesão, manifestando-se por dor espontânea que deve ser distinguida da hiperalgesia secundária que se manifesta na zona periférica à lesão.

A hiperalgesia é, por definição, um aumento da percepção da dor provocada por um estímulo nóxico ao contrário da denominada alodinia que é provocada por um estímulo inócuo.²⁰ Vários estudos demonstraram que a hiperalgesia secundária depende da sensibilização que ocorre nos cornos posteriores da medula, enquanto que a hiperalgesia primária está relacionada com a activação dos nociceptores silenciosos.⁸ Quer a hiperalgesia, quer a alodinia estão intimamente relacionadas com a dor crónica.²⁰

Cervero e Laird propuseram um modelo de mecanismos da dor em que há uma correlação da dor aguda e crónica, mas em sentidos opostos.⁹ Em situações normais, as respostas nociceptivas estão intimamente relacionadas com a lesão tecidual. No entanto, se houver uma variação da qualidade e quantidade dos estímulos dolorosos pode ocorrer distorção da função do sistema sensorial da dor, resultando em perda da protecção do sinal doloroso, tornando-se ele próprio um problema.

A dor crónica pode ser considerada dividida em três fases. *Fase 1* que inclui o estímulo doloroso agudo. *Fase 2* que ocorre quando esse mesmo estímulo é muito intenso e prolongado sendo acompanhado por inflamação e *Fase 3* em que o estado doloroso é caracterizado por lesão dos componentes do sistema nervoso periférico ou central, geralmente denominada dor neuropática.

Assim, na dor neuropática há uma transmissão mantida de sinais dolorosos sem no entanto haver lesão tecidual. A dor neuropática é pois uma dor patológica e não um sinal de alerta.⁸

Resumidamente, na *Fase 1* há uma directa transmissão do impulso doloroso desde o nociceptor aferente A δ e fibras C da periferia do corno dorsal da medula

espinal até ao tálamo e córtex, onde o estímulo é percebido como doloroso, podendo o estímulo doloroso ser modulado por vias inibitórias descendentes. Nesta fase não há lesão tecidual.²⁰

Na *Fase 2*, a lesão tecidual causa a libertação de mediadores tais como a bradiquinina, as prostaglandinas, as citocinas e factores de crescimento provenientes não só das células lesadas mas também do processo inflamatório que activa os receptores. Estes mediadores pró-inflamatórios, também são transportados retrogradamente até à raiz do gânglio dorsal aumentando a resposta dolorosa e levando à alodinia e à hiperalgesia.²⁰

A *Fase 3* corresponde à lesão nervosa central ou periférica donde resulta a continuação da dor espontânea independente do estímulo, alodinia e hiperalgesia.²⁰

A dor crónica é um tipo de dor muito complexa, com variadíssimas interações entre os diversos componentes do sistema nervoso central e periférico, como resposta à dor neuropática e persistente. Este estado crónico é induzido a partir de uma sensibilização dos aferentes primários, aumento do número de canais de sódio, início da mediação inflamatória quer central, quer perifericamente e libertação dos neurotransmissores excitatórios no corno dorsal, levando a uma sensibilização periférica das fibras e central com reorganização das fibras A.⁹

A percepção da dor passa a incluir as atrás citadas dor espontânea, hiperalgesia e alodinia.

Na criança, tal como no adulto, a dor crónica também é uma constatação.

Os mecanismos que levam ao seu aparecimento são idênticos aos dos adultos, embora a sua prevalência seja menor e as suas causas principais sejam diferentes.

Uma das mais recentes observações prende-se com a utilização da Ressonância Magnética Funcional. Esta mostrou que há activação de várias regiões do cérebro em presença de dor.⁴ Estes dados suportam a ideia de que a dor não é a única consequência dos impulsos específicos, unidireccionais que se iniciam à periferia e terminam no Sistema Nervoso Central.⁴

Ainda nos encontramos a dar os primeiros passos na exploração do cérebro humano, mas é provável que estudos futuros permitam identificar as diferentes regiões do cérebro envolvidas nos diversos componentes da dor.

Muitas questões permanecem ainda hoje em aberto no respeitante à dor crónica, particularmente na criança, necessitando de mais investigação e estudo.

4 -OBJECTIVOS

OBJECTIVOS

O objectivo deste trabalho foi contribuir para a avaliação da dor crónica pediátrica em Portugal, quer na sua prevalência, quer na sua caracterização demográfica.

De forma mais específica, este estudo teve como objectivo:

- ▣ Avaliar a prevalência de dor crónica pediátrica em Portugal
- ▣ Identificar os subgrupos dessa população
- ▣ Identificar o quadro doloroso subjacente
- ▣ Identificar a patologia de base
- ▣ Determinar qual o comportamento desses doentes
- ▣ Identificar a consulta em que foram observados
- ▣ Identificar a terapêutica instituída.
- ▣ Avaliar a qualidade de vida dos doentes

O levantamento foi realizado com base num questionário fechado, com 13 perguntas, dirigido aos profissionais de saúde de doze unidades hospitalares, de modo, a poder identificar a prevalência de dor crónica pediátrica em Portugal, explorar a demografia da dor crónica, em que consulta estavam a ser observados, a idade dos inquiridos, quantificar as causas de dor, a avaliação da dor à data da consulta, a prática terapêutica e explorar como o tipo de dor afecta a sua vida diária e escolar.

CAPITULO II

1 - METODOLOGIA

METODOLOGIA

Tendo em consideração as características do estudo que se pretendeu realizar, julgou-se a abordagem quantitativa, a opção metodológica mais adequada.

Define-se abordagem quantitativa, aquela que baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis do estudo. (Marie-Fabienne Fortin, 1996).¹⁸

Neste tipo de abordagem, o controle permite delimitar o problema da investigação e suprimir o efeito das variáveis estranhas. A análise estatística visa tornar os dados válidos, assegurando uma representação da realidade podendo posteriormente ser extrapolados para um universo maior.

Foi assim possível recolher factos e estudar a relação entre eles, de modo a salientar a necessidade de criação de uma consulta de dor crónica pediátrica.

Este estudo teve um carácter descritivo, exploratório e transversal, ou seja procurou retratar em detalhe as características das crianças, pretendendo obter um conhecimento aprofundado dos fenómenos com elas relacionados, utilizando como fonte de informação as respostas dos profissionais de saúde ao questionário, durante o mesmo período de tempo e de carácter exploratório, pois em Portugal não há nenhum estudo existente, já que esta realidade é muito pouco conhecida e de difícil acesso.

Para a concretização do presente estudo, foi adoptado um inquérito enviado aos hospitais nacionais de maior impacto e a institutos onde a criança com dor crónica tivesse um grande índice de afluência.

Seleccionaram-se doze unidades distribuídas por todo o país, incluindo as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Foram contactados os seguintes hospitais e institutos, considerados como aqueles em que seria possível aceder mais facilmente a crianças em situações patológicas que pudessem desencadear um quadro de dor crónica.

- Hospital de S. João, no Porto
- Hospital Central Maria Pia
- Hospital Pediátrico de Coimbra
- Hospitais da Universidade de Coimbra
- Hospital De Dona Estefânia, em Lisboa
- Instituto Português de Oncologia, em Lisboa
- Hospital de Santa Maria, em Lisboa
- Instituto Português de Reumatologia, em Lisboa
- Hospital Garcia da Horta
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
- Hospital Distrital do Funchal
- Hospital Distrital de Ponta Delgada

Cada hospital, com a sua organização própria, observava esses doentes em consultas diversas, por vezes mesmo em “hospital de dia”.

Não há em nenhum deles uma unidade própria para tratamento de dor crónica pediátrica multidisciplinar.

1. População em estudo

Todo o estudo de investigação contempla uma determinada população. Entende-se por População, o conjunto de elementos que têm em comum determinadas características.³⁴

Do ponto de vista estatístico, uma população é o conjunto de valores de uma variável sobre a qual pretendemos tirar conclusões. Por ser impossível, dado os recursos limitados, recolher e analisar dados de todos os casos em Portugal, só foi possível considerar uma percentagem dos casos, constituindo pois uma amostra representativa desse mesmo Universo.

Para a definição da amostra a estudar e como universo inquirido, atendeu-se aos seguintes critérios de inclusão:

- Crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade.
- Seguidas em consulta por dor crónica nas 12 Unidades Hospitalares durante os meses de Junho, Julho e Agosto de 2007
- Regime de ambulatório
- Sob medicação ou não
- Diferentes tipos de patologia

A escolha dos sujeitos foi feita de um modo intencional.

Neste tipo de abordagem, a pretensão foi extrapolar para o Universo, tendo em conta a realidade.

Atendendo a estes pressupostos, houve oportunidade de contactar com colegas de Norte a Sul do país que seguiam estes doentes em consulta e observar a sua dificuldade na gestão destes casos, dada a falta de multidisciplinaridade de algumas consultas, assim como a dificuldade terapêutica.

A recolha de dados decorreu durante os meses de Junho, Julho e Agosto de 2007, tendo sido realizados 117 inquéritos.

Não podemos deixar de salientar algumas limitações a este estudo.

Primeiramente por se ter limitado a um período de três meses, pelo que não podemos excluir a possibilidade de sobrevalorizar ou subvalorizar a intensidade da dor e o tipo de medicação.

Em segundo lugar, a falta de dados da região norte também interfere com os resultados, porque as populações infantis não são iguais, dada a maior frequência da população negra no sul, com grande prevalência de doenças que provocam dor em crianças, nomeadamente drepanocitose e síndrome de imunodeficiência adquirida.

Por último, não podemos excluir que a não selecção de outras unidades hospitalares nos poderia trazer resultados um pouco diferentes.

2. Estratégia para a recolha de dados

“Sem métodos de alta qualidade para a recolha de dados, a precisão e a força das conclusões são facilmente desafiadas”.²⁷

Para a análise e compreensão do fenómeno da dor crónica pediátrica, foi necessária a construção de um instrumento de acordo com a metodologia utilizada, neste caso, quantitativa.

2.1 Instrumento de recolha de dados

Como técnica para a recolha de dados utilizou-se o questionário, na medida em que é uma estratégia representativa da investigação quantitativa, para a obtenção de informação pretendida.

Apresenta várias vantagens como instrumento de medida, já que pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos repartidos por uma vasta região, o que nos permitiu obter mais informações num conjunto populacional. Por outro lado, o seu carácter impessoal, a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os sujeitos e as mesmas directrizes, pôde facilitar as comparações entre os sujeitos.

Deve-se mencionar a sua desvantagem, já que ao ser enviada pelo correio, foi impossível controlar a igualdade de condições em que foram preenchidas.

Optou-se por elaborar um questionário fechado, simples, de fácil compreensão e realização, de modo a permitir uma maior colaboração por parte dos profissionais de saúde que aderiram a este projecto.

Através da primeira pergunta, conseguimos situar a consulta em que o doente era observado. Com a segunda e terceira questões, tivemos acesso ao sexo e idade do doente. Seguidamente, a patologia de base desencadeante do quadro doloroso, a frequência com que recorrem à consulta e a caracterização da dor .

(Anexo I)

Através das perguntas oito e nove podemos avaliar o modo como a dor interfere com a qualidade de vida dos doentes.

Por último, se medicados, qual a medicação.

Com a elaboração deste questionário, pretendeu-se caracterizar a população infantil com dor crónica, observadas nos vários Serviços de Anestesiologia e Pediatria dos diferentes hospitais.

2.2 Pré-teste

O questionário foi sujeito a uma validação inicial com base na colaboração de dois colegas, utilizando um grupo semelhante ao que constituiu a população do estudo. O questionário foi realizado em cinco crianças com dor crónica seguidas na consulta de Ortopedia do Hospital de Dona Estefânia.

Através deste pré-teste, visou-se verificar se as questões tinham sido bem compreendidas por parte dos colegas e determinar o tempo por eles dispendido.

Em nenhum dos casos observados, houve qualquer tipo de dúvida nas perguntas assinaladas no questionário. Mesmo na questão em que se pretendia avaliar o grau de dor à altura da consulta, os colegas conseguiram facilmente avaliá-la coma a ajuda dos doentes ou familiares. Verificou-se ser rápido o seu preenchimento, não ultrapassando mais de dez minutos.

Neste caso, o objectivo foi pois detectar os problemas apresentados pelo questionário, de modo a que os colaboradores não encontrassem dificuldade em responder.

Com a sua aplicação concluiu-se que o questionário estava adequado, estruturado e de rápido preenchimento não tendo sido necessário realizar qualquer tipo de alteração.

A fidedignidade é uma característica essencial que determina a qualidade de qualquer instrumento de medida.¹⁸

2.3 Realização do Questionário

Para a realização do questionário (Anexo I) foi solicitada a autorização por escrito aos Conselhos de Administração das diferentes instituições (Anexo II), tendo sido redigido por alguns Conselhos de Administração, a sua autorização (Anexo III). Nalguns casos foi sugerido pelos próprios Conselhos de Administração, a autorização às Comissões de Ética de algumas unidades.

(Anexos IV)

Após a sua aprovação foi enviada uma carta aos Directores de Serviço de Anestesiologia e Pediatria, pedindo a sua colaboração, explicando o seu propósito e explicitando a utilização que seria dada à informação obtida.

(Anexo V)

Conjuntamente seguiu uma nota de esclarecimento e agradecimento aos colegas que colaboraram neste levantamento estatístico. (Anexo VI).

Os questionário foram distribuídos por correio e nalguns casos via e-mail ou mesmo pessoalmente, tendo sido estabelecido previamente um contacto telefónico e, quando possível, pessoal.

A escolha da hora e do local foi de acordo com o local de trabalho dos colegas e do seu horário.

Foi registada a data em que os questionários foram distribuídos e a sua devolução, garantido que foram efectuados durante o prazo previsto.

Durante estes três meses, vários contactos telefónicos e pessoais foram efectuados com os diversos Serviços, de modo a evitar qualquer tipo de falsos resultados que pudesse tornar a sua análise menos fiável.

2.4 Análise estatística

A análise estatística foi efectuada através do *software* SPSS11,0 (SPSS Inc.,Chicago,Illinois, EUA).

Foi utilizada a análise descritiva não paramétrica, o teste da binomial para comparação de proporções numa mesma variável (Teste de aproximação Z).

Foram testadas associações pela análise univariada com o teste de correlação não paramétrica de Spearman e análise multivariada por regressão nominal e por regressão logística condicional (*backward stepwise*) com teste de Hosmer e Lemeshow.

O *Odd Ratio* (com intervalo de confiança de 95%; IC 95%) foi utilizado para estimar a probabilidade de polimedicação e da necessidade de medicação com opióides.

Para todas as variáveis foi considerado um nível de significância de 0,1.

3. Considerações éticas

Embora os Hospitais tenham Comissão de Ética, só nalguns foi solicitado o seu parecer por considerarem ser necessária a sua aprovação.

Noutras instituições, por ser considerado que havia anonimato e confidencialidade, já que os doentes não tinham que participar directamente no questionário, nem eram identificados, não foram exigidos quaisquer condicionalismos, não tendo sido encaminhados para as respectivas Comissões.

Também por não haver participação directa dos doentes, não foi considerado necessário elaborar um consentimento informado que explicasse às famílias das crianças o seu intuito.

2 - RESULTADOS

RESULTADOS

1. Caracterização demográfica

Foram efectuados 117 questionários a nível nacional numa amostra de conveniência.

De salientar, que não houve qualquer resposta por parte do Serviço de Pediatria do Hospital de S. João, no Porto embora tenham sido distribuídos questionários.

O Serviço de Anestesiologia desse mesmo hospital não registou nenhum caso.

De igual modo, o Hospital Distrital de Ponta Delgada (Hospital Divino Espírito Santo) não registou também nenhum caso durante o mesmo período de tempo.

A distribuição por região demográfica pode ser observada na Figura 1, havendo diferenças significativas, correspondendo Lisboa a 87,2%, Coimbra a 4,3%, Algarve a 0,8% e Funchal a 7,7% da amostra total.

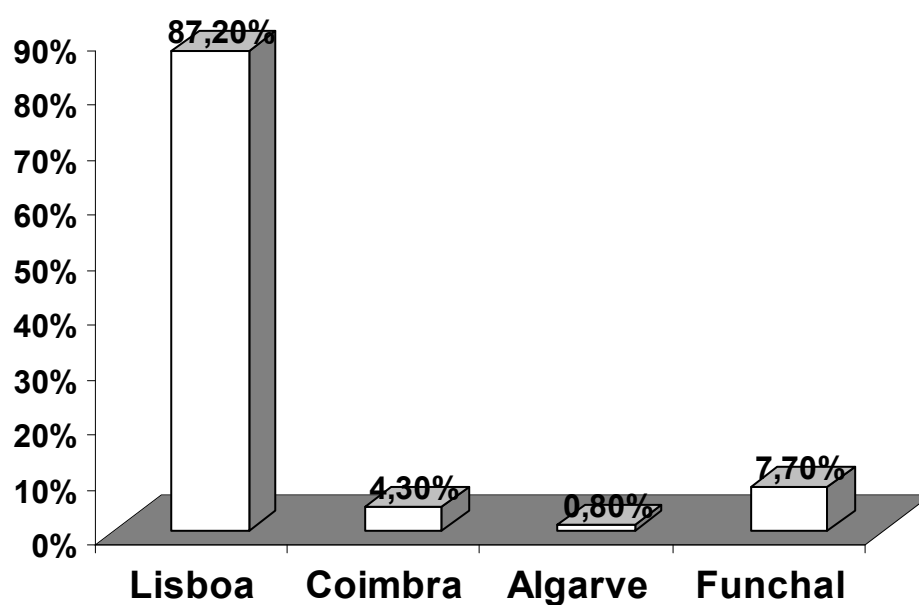


Figura 1 – Demografia

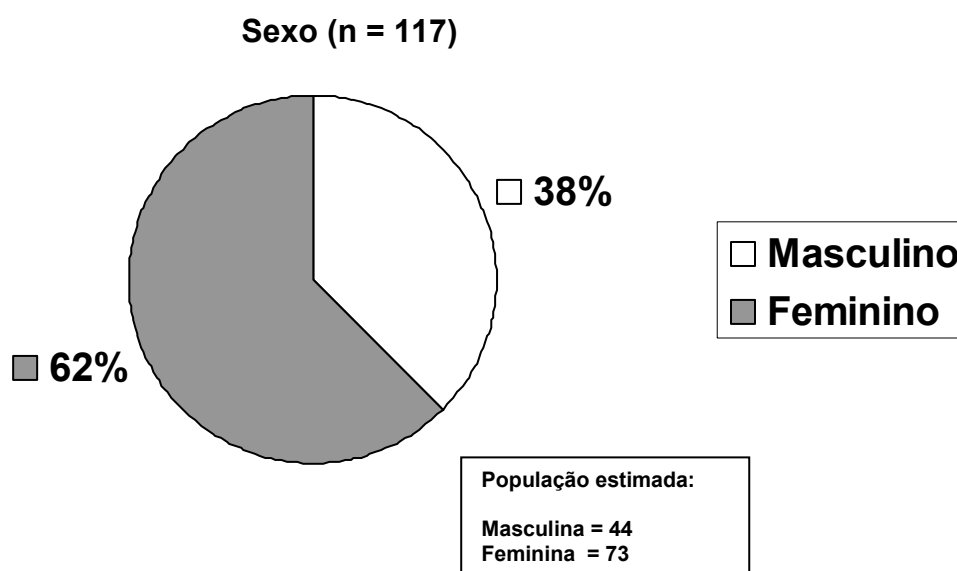


Figura 2 – Sexo

Categoria	Número	Proporção observada	Proporção testada	Significância
Masculino	44	,38	,50	,010 ^a
Feminino	73	,62		
Total	117	1,00		

a. Baseado em Z aproximação

Teste Binomial

A amostra é constituída principalmente por indivíduos do sexo feminino (62,4%; $p=0,01$), correspondendo 37,6% ($p=0,01$) ao sexo masculino. (Figura – 2) e Teste Binomial.

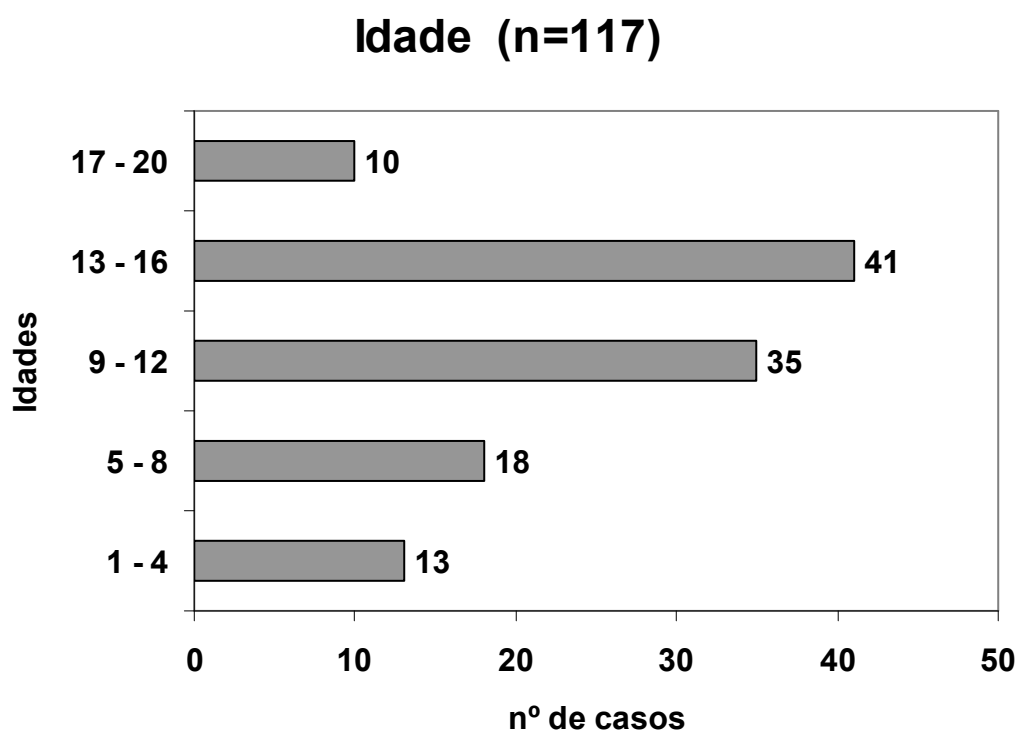


Figura 3 – Idade da população

A mediana da idade na altura do registo situou-se nos 12 anos de idade, havendo na amostra indivíduos desde o ano e meio de idade até um caso de 20 anos. 25% da amostra tinham até oito anos e outros 25% tinham 15 anos ou mais. (Figura 3)

2. Caracterização clínica

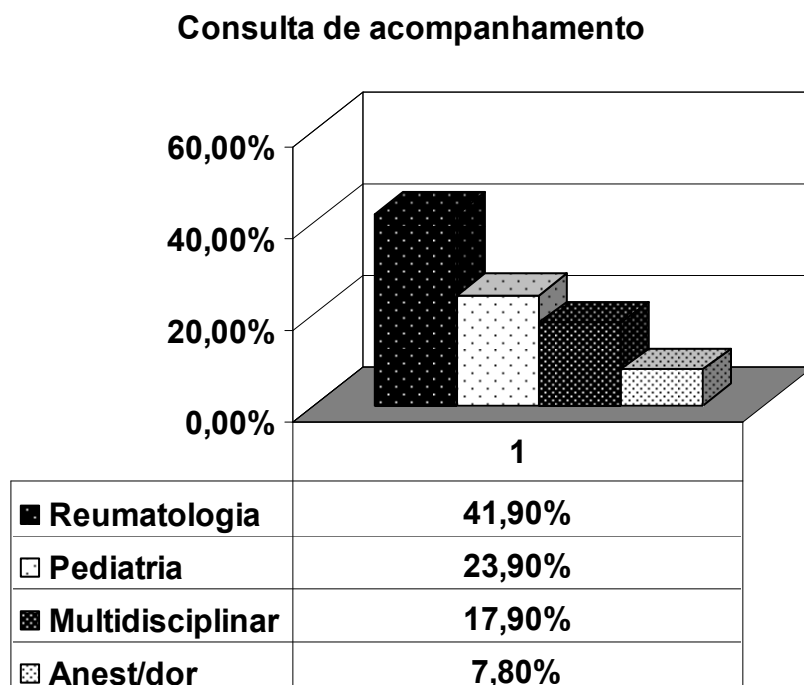


Figura 4 – Consultas de acompanhamento

No respeitante à consulta em que as crianças estavam a ser acompanhadas, 41,9% da amostra era proveniente da consulta de Reumatologia e 23,9% da consulta de Pediatria. Apenas nove casos provinham de consultas de Anestesia ou Dor (7,8%). (Figura 4)

	Frequência	Percentagem	Percentagem Validada	Percentagem Acumulada
Pediatria	28	23,9	23,9	23,9
Dor	1	0,9	0,9	24,8
Anestesia	2	1,7	1,7	26,5
Reumatologia	49	41,9	41,9	68,4
Multidisciplinar	21	17,9	17,9	86,3
Outra	10	8,5	8,5	94,9
Pediatria/Dor	3	2,6	2,6	97,4
Pediatria/Anestesia	3	2,6	2,6	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabela 1 – Consultas de acompanhamento

Patologia de base

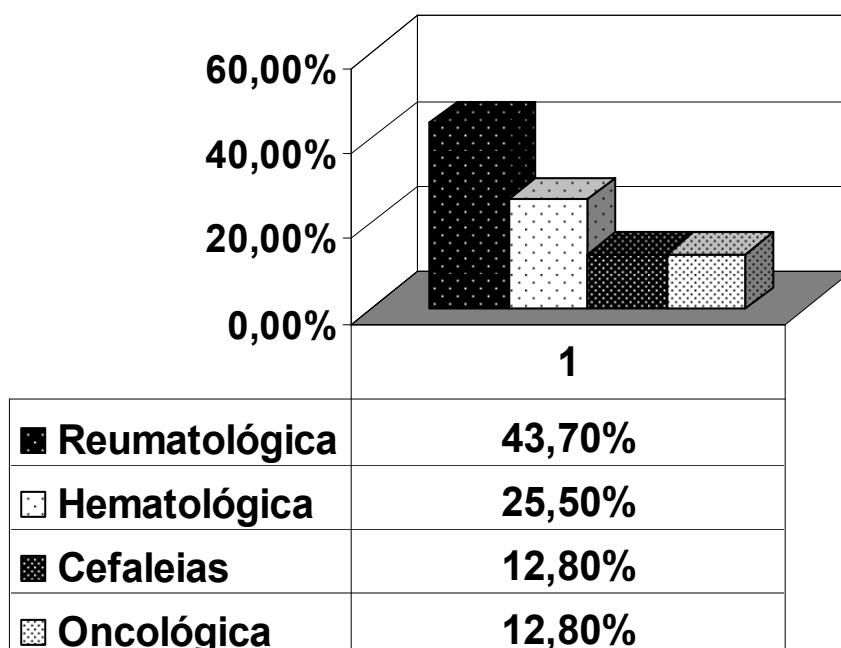
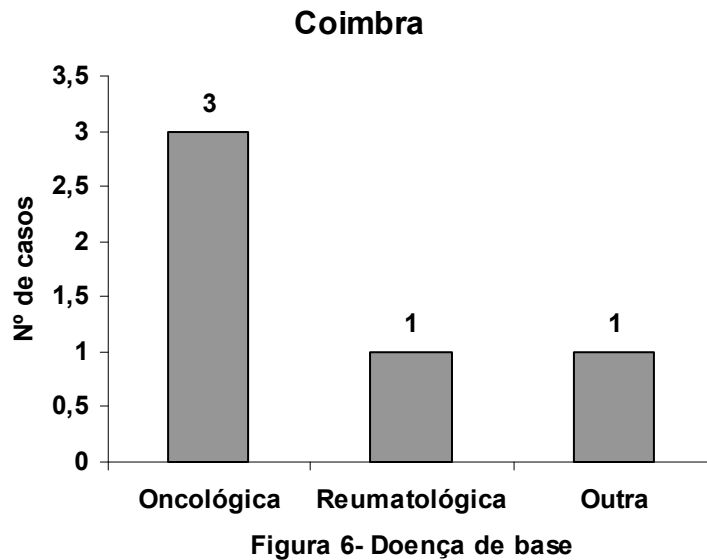


Figura 5 – Patologia de base mais significativa

	Frequência	Percentagem	Percentagem Validada	Percentagem acumulada
Hematologia	29	24,8	24,8	24,8
Reumatologia	49	41,9	41,9	66,7
Ortopedia	3	2,6	2,6	69,2
Cefaleias	15	12,8	12,8	82,1
Oncologia	15	12,8	12,8	94,9
Outras	2	1,7	1,7	96,6
Hematologia/outra	1	0,9	0,9	97,4
Reumatologia/Ortopedia	1	0,9	0,9	98,3
Reumatologia/outra	1	0,9	0,9	99,1
Oncologia/outra	1	0,9	0,9	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabela 2 – Doença de base

A patologia de base mais frequente entre os elementos da amostra era do foro reumatológico, 51 de casos (43,7%); dos quais dois associados a outra patologia; 25,7% tinham doença hematológica; 12,8% tinham cefaleias e outros 12,8% tinham doença oncológica. (Figura 5)



Se analisarmos a patologia de base por regiões demográficas, dos cinco casos observados na região de Coimbra, três eram do foro oncológico (60%), um do foro reumatológico (20%) e o último englobado na variante – outras, tratando-se de uma situação neurológica (20%). (Figura 6)

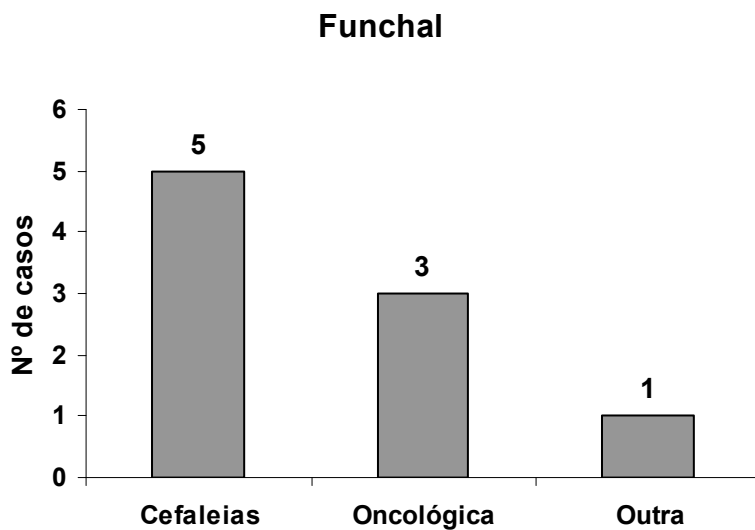


Figura 7 - Doença de base

Na Região Autónoma da Madeira, no Hospital do Funchal, dos nove casos apresentados, cinco eram observados por cefaleias (55,5%), três eram oncológicos (33,3%) e um era de causa neurológica (11,2%). (Figura 7)

O único caso descrito na Região Sul, Hospital do Barlavento Algarvio era oncológico (100,0%).

Todos os casos observados de foro reumatológico e hematológico foram registados na região de Lisboa.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Validada	Percentagem Acumulada
< 3 meses	12	10,3	10,3	10,3
3 – 6 meses	17	14,5	14,5	24,8
6 – 12 meses	25	21,4	21,4	46,2
> 1 ano	63	53,8	53,8	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabela 3 – Evolução da doença

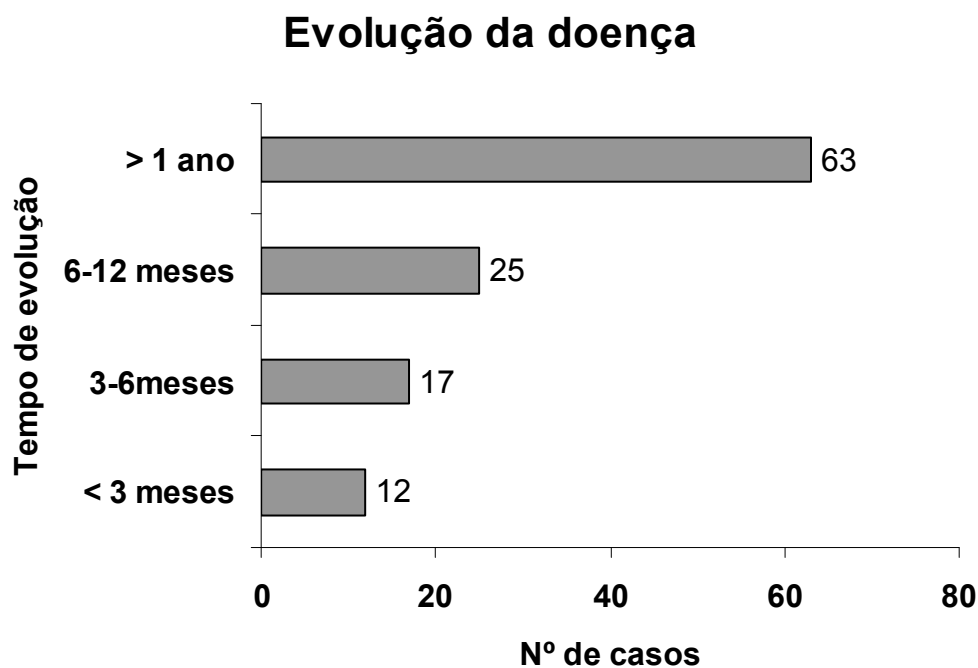


Figura 8 – Evolução da doença

Na altura da consulta, o quadro doloroso tinha mais de um ano de evolução em mais de metade da amostra e apenas 10,3% foi referenciada como tendo menos de três meses. (Tabela 3 e Figura 8)

Número de consultas

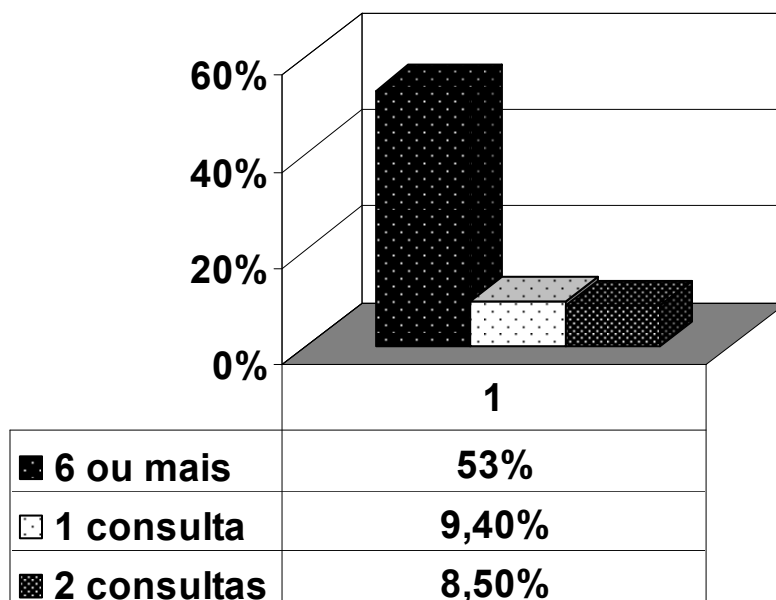


Figura 9 – Número de consultas

	Frequência	Percentagem	Percentagem Validada	Percentagem Acumulada
1	11	9,4	9,4	9,4
2	10	8,5	8,5	17,9
3	18	15,4	15,4	33,3
4	8	6,8	6,8	40,2
5	8	6,8	6,8	47,0
6	6	5,1	5,1	52,1
Mais de 6	56	47,9	47,9	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabela 4 – Número total de consultas

Na altura do estudo, 53% dos elementos da amostra tinham tido pelo menos seis consultas, mas 9,4% apenas uma e 8,5% apenas duas consultas. (Figura 9 e Tabela 4)

	Frequência	Percentagem	Percentagem Validada	Percentagem Acumulada
0	2	1,7	1,7	1,7
1	8	6,8	6,8	8,5
2	17	14,5	14,5	23,1
3	18	15,4	15,4	38,5
4	7	6,0	6,0	44,4
5	17	14,5	14,5	59,0
6	6	5,1	5,1	64,1
7	12	10,3	10,3	74,4
8	15	12,8	12,8	87,2
9	4	3,4	3,4	90,6
10	11	9,4	9,4	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Tabela 5 – Avaliação de dor na consulta

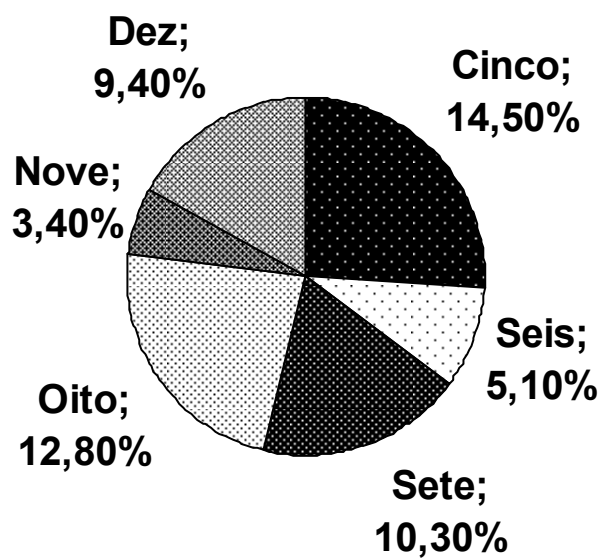


Figura 10 – Percentagem de crianças com dor superior a cinco na escala numérica

A mediana da gravidade da dor na altura do registo foi de 5/10. Em 23% foi avaliada como dor ligeira (i.e., "escala de dor de dois ou menos) e em 25,6% como dor severa (i.e., oito ou mais na escala de dor). Apenas dois indivíduos referiram ausência total de dor. (Tabela 5 e Figura 10)

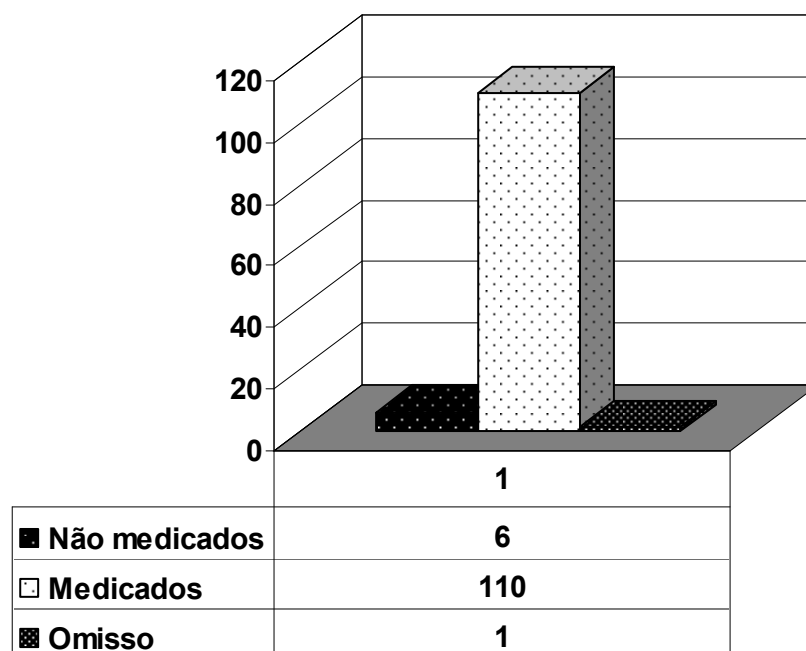


Figura 11 – Número de doentes medicados

No respeitante à medicação destes doentes, grande parte dos intervenientes encontrava-se medicada. Dos elementos da amostra, 94,8% estavam sob alguma medicação para a dor, ou seja 110 doentes. Somente seis casos (5,1%) não se encontravam medicados. Num dos questionários foi omissa a terapêutica.

(Figura 11)

	Não medicado	Medicado	Total
Hematologia	1 (3,4%)	28 (96,6%)	29
Reumatologia	3 (6,3%)	45 (93,8%)	48
Ortopedia		3 (100%)	3
Cefaleias		15 (100%)	15
Oncologia	1 (6,7%)	14 (93,3%)	15
Outras		2 (100%)	2
Hematologia/outra		1 (100%)	1
Reumatologia/Ortopedia	1 (100%)		1
Reumatologia/outra		1 (100%)	1
Oncologia/outra		1 (100 %)	1
Total	6 (5,2%)	110 (94,8%)	116

Tabela 6 – Relação entre a patologia de base e número de doentes medicados

No respeitante à relação entre a patologia de base e o número de doentes medicados há que considerar que todos os doentes do foro ortopédico ou acompanhados em consulta de cefaleias se encontravam medicados. (Tabela 6)

	Não polimedicado	Polimedicado	Total
Hematologia	13 (44,8%)	16 (55,2%)	29
Reumatologia	25 (52,1%)	23 (47,9%)	48
Ortopedia	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3
Cefaleias	8 (53,3%)	7 (46,7%)	15
Oncologia	7 (46,7%)	8 (53,3%)	15
Outras	2 (100%)		2
Hematologia/outra		1 (100%)	1
Reumatologia/Ortopedia	1 (100%)		1
Reumatologia/outra		1 (100%)	1
Oncologia/outra		1 (100%)	1
Total	57 (49,1%)	59 (50,9%)	116

Tabela 7 – Relação entre doença de base e polimedicação

Da totalidade da amostra, 16% estavam somente medicados com anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), o que corresponde a 17% da amostra sob medicação.

Desses elementos, os mais frequentes, foram os doentes que sofriam de cefaleias, quatro casos (26,7%), doença hematológica, sete casos (24,1%) ou doença reumatológica, sete casos (14%).

No entanto, mais de metade dos elementos da amostra encontravam-se polimedicados, correspondendo a 55% dos doentes medicados.

A polimedicação não foi mais frequente que a monomedicação tendo em conta a doença de base. (Tabela 7)

	Não medicado com opióides	Medicado com opióides	Total
Hematologia	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28
Reumatologia	47 (97,9%)	1 (2,1%)	48
Ortopedia		3 (100%)	3
Cefaleias	15(100%)		15
Oncologia	5 (33,3%)	10 (66,7%)	15
Outras	2 (100%)		2
Hematologia/outra		1 (100%)	1
Reumatologia/Ortopedia	1 (100%)		1
Reumatologia/outra	1 (100%)		1
Oncologia/outra		1 (100%)	1
Total	88 (76,5%)	27 (23,5%)	115

Tabela 8 – Relação entre a doença de base e a medicação com opióides

É de salientar o tipo de medicação dos elementos da amostra pois existe uma grande casualidade multifactorial da prescrição de fármacos. Se cruzarmos estatisticamente os vários tipos de terapêutica, podemos concluir que 23,5% da amostra estavam sob medicação com opióides, o que corresponde a 24,8% do total dos doentes medicados. Estavam sob polimedicação 85,2% dos doentes da amostra que tomavam opióides (14,8% tomava opióides em monomedicação).

A probabilidade dos doentes medicados com opióides estarem polimedicados é de *Odds Ratio* (OR) 8,3 (IC de 95% 2,65-26,1).

A prescrição de opióides foi mais frequente entre os elementos da amostra que sofriam de doença oncológica (66,7%) ou de doença hematológica (39,3%). (Tabela 8)

	Não medicado com antidepressivos e anticonvulsivantes	Medicado com antidepressivos e anticonvulsivantes	Total
Hematologia	26 (89,7%)	3 (10,3%)	29
Reumatologia	47 (97,9%)	1 (2,1%)	48
Ortopedia		3 (100%)	3
Cefaleias	9 (60%)	6 (40%)	15
Oncologia	12 (80%)	3 (20%)	15
Outras	1 (50%)	1 (50%)	2
Hematologia/outra		1 (100%)	1
Reumatologia/Ortopedia	1 (100%)		1
Reumatologia/outra	1 (100%)		1
Oncologia/outra		1 (100%)	1
Total	97 (83,6%)	19 (16,4%)	116

Tabela 9 – Relação entre a doença de base e a medicação com antidepressivos e anticonvulsivantes

A associação de anticonvulsivantes e antidepressivos como terapêutica adjuvante foi referida em 16,4% da amostra, o que constitui 17,3% dos doentes medicados. 84,2% destes doentes estavam polimedicados ao contrário de três doentes que se encontravam em monomedicação.

A prescrição destes fármacos foi mais frequente entre os elementos da amostra que apresentavam cefaleias (40%) e nos doentes oncológicos (20%).

Dos quatro doentes ortopédicos incluídos na amostra, três estavam medicados com esta terapêutica. (Tabela 9)

Metade dos doentes medicados com antidepressivos e anticonvulsivantes estavam também medicados com opióides, mas apenas um terço dos doentes medicados com opióides, também o estavam com antidepressivos e anticonvulsivantes.

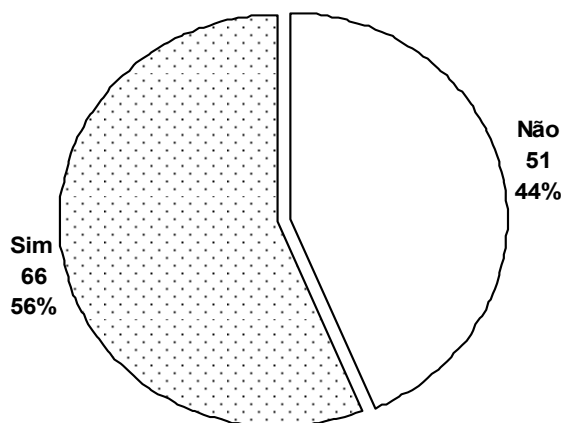
A probabilidade dos doentes medicados com opióides estarem com uma terapêutica conjunta com antidepressivos e anticonvulsivantes é de OR 1,4 (IC de 95% 1,1-1,9).

3. Avaliação da qualidade de vida

A referência a que a dor interfere com a vida diária do doente existe em 56% da amostra. (Figura 12)

Figura 12

A dor interfere com a vida diária

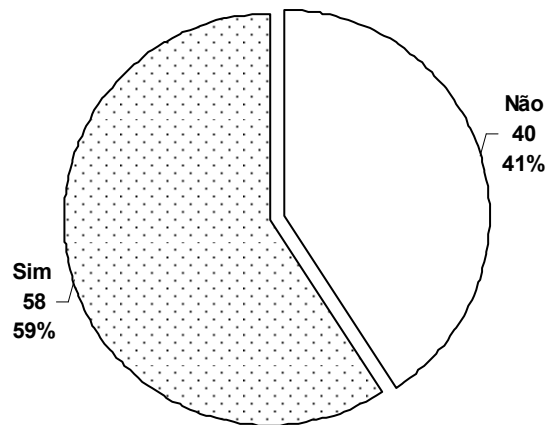


	Categoria	Número	Proporção observada	Proporção testada	Significância
A dor interfere na escola	Sim	61	,52	,50	,712 ^a
	Não	56	,48		
	Total	117	100		
A dor interfere na vida diária	Sim	66	,56	,50	,196 ^a
	Não	51	,44		
	Total	117	100		

a. Baseado em Z aproximação

Teste Binomial

Entre os 98 indivíduos com seis anos de idade ou mais, 59,2%, referia que a dor interferia negativamente com a actividade escolar ($p=0,086$ no teste de X^2); o que no contexto se deve considerar significativamente superior a 50%. (Figura 13)



A dor interfere com a vida escolar

Figura 13

Relativamente ao apoio familiar e institucional, 90,6% recebiam apoio familiar e 76,1% recebiam apoio institucional, sendo pois um dado epidemiológico fraco por não ter grandes variantes.

A análise de regressão logística nominal múltipla define um modelo com uma capacidade preditiva global de 88,5% (capacidade preditiva do efeito de 92,3% e de 83,3% para o não efeito) que mostra que os factores que influenciam significativamente a referência “ **A dor interfere na vida diária**” são, por ordem decrescente de importância:

- O tipo de doença($p=0,001$; particularmente para a “dor hematológica” $p=0,049$ e a “dor reumática” $p=0,073$
- A maior gravidade da doença $p=0,025$
- Polimedicação $p=0,052$
- Medicação com antidepressivos e anticonvulsivantes $p=0,061$
- Medicação com opióides $p=0,097$ (mostra uma associação limiar)
- O se encontrar medicado $p=0,096$ (mostra uma associação limiar)

A análise por regressão logística binária define um modelo com uma capacidade preditiva global de 84% (capacidade preditiva do efeito de 86% e de 81,3% para o não efeito.), no qual os factores com maior expressão são:

- Tipo de doença $p=0,001$
- Gravidade da dor $p=0,001$
- Polimedicação $p=0,045$
- Maior idade $p=0,064$

Incluindo no modelo apenas as variáveis com maior expressão, obtemos um modelo com uma capacidade preditiva global de 81,4% (capacidade preditiva do efeito de 84,6% e de 77,1% para o não efeito), no qual os factores com maior importância são:

- Tipo de doença ($p < 0,001$)
- Gravidade da doença ($p < 0,001$)
- Polimedicação ($p = 0,006$)

E com menor expressão:

- Maior idade ($p = 0,0096$)
- Apoio institucional ($p = 0,108$),

As associações explicativas para o efeito “**A dor interfere na actividade escolar**”, reveladas pela análise de regressão logística nominal múltipla define um modelo com uma capacidade preditiva global de 87,4% (capacidade preditiva do efeito de 87,7% e de 86,6% para o não efeito), que mostra que os factores que interferem significativamente são, por ordem decrescente:

- Sexo feminino ($p = 0,002$)
- Apoio institucional ($p = 0,002$)
- Maior idade ($p = 0,006$)
- Medicação com antidepressivos e anticonvulsivantes ($p = 0,019$),

E com associação limiar:

- Necessidade de polimedicação ($p=0,067$)
- Necessidade de medicação ($p=0,071$)
- Tipo de doença ($p=0,069$)
- Gravidade da doença ($p=0,101$)

CAPITULO III

1 - DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Segundo a *American Pain Society*, a dor segue-se a uma lesão e geralmente desaparece quando essa mesma lesão cicatriza. Está habitualmente, mas nem sempre, associada a sinais físicos e objectivos do Sistema Nervoso Autónomo.

A dor crónica, pelo contrário, raramente se encontra associada a manifestações do Sistema Nervoso Simpático. A inexistência desses sinais objectivos leva a que clínicos inexperientes digam que o “doente não parece ter dor”.¹

No entanto a dor crónica pode inicialmente manifestar-se como um quadro agudo, que persiste para além do tempo necessário para a resolução do problema, podendo tornar-se recorrente. A interacção entre estes factores não é idêntica na criança e no adulto, pelo que as observações neste grupo etário não podem ser extrapoladas para outro.

Citando a Circular Normativa de 14 de Junho de 2003 da Direcção Geral de Saúde:

“A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”.

- O controle eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização da Unidades de Saúde.

Com a criação do Plano Nacional de Luta contra a Dor, têm surgido por todo o país, Unidades de tratamento da Dor, como recurso diferenciado para a sua abordagem.

Mas, até aos dias de hoje, nenhuma clínica de dor dirigida para as crianças e adolescentes foi ainda criada em Portugal.

Na criança, a dor crónica é o resultado dinâmico da interacção entre processos biológicos, factores psicológicos e contexto sociocultural, desenvolvendo-se com uma determinada trajectória.

Daí a necessidade da avaliação de uma criança com dor crónica ser incluída num contexto onde interajam factores biológicos, psicológicos e socioculturais ¹³ e deva ser conceptualizada e tratada interligando múltiplos sistemas; nível físico, psicológico e social.

O objectivo ideal a atingir é, a criação de uma consulta multidisciplinar enquadrada num ambiente apropriado para o grupo etário destes doentes.

1. Comentários sobre os métodos

No intuito de proceder à caracterização da situação portuguesa, no que diz respeito às crianças com dor crónica, conduziu-se o estudo em unidades hospitalares relevantes no nosso país.

Fomos encontrá-las em consultas dispersas e diversas, não sendo nenhuma delas uma consulta multidisciplinar.

A recolha de dados através de um questionário, de tipo fechado, que fosse de rápido preenchimento pareceu ser a metodologia mais coerente.

A sua aplicação foi considerada fácil, realizada dentro do intervalo de tempo previsto, embora sendo necessários múltiplos contactos.

Muitos destes doentes, no entanto, são apenas observados em Centros de Saúde, o que limita a validade da nossa amostra e dificulta a extrapolação dos dados para toda a população – crianças com dor crónica.

Na análise global dos resultados, para além da avaliação geral, efectuou-se uma análise comparativa entre diferentes regiões do país, como por exemplo, no que confere à patologia mais relevante desencadeadora do quadro doloroso crónico.

2. Discussão dos resultados

Na última década, vários estudos foram realizados dirigidos para a dor pediátrica, a sua avaliação e terapêutica.^{2,12.}

Num artigo científico recente, de Março de 2008 realizado na Austrália descreve-se uma clínica de dor crónica pediátrica criada pelo departamento de dor de um hospital universitário. Foram estudadas 62 crianças e observados os benefícios de serem seguidas numa clínica de dor adaptada ao seu grupo etário.²¹

No entanto, o empenhamento na dor crónica pediátrica tem sido muito escassa mesmo a nível mundial.

A principal explicação para a falta de estudos de dor crónica pediátrica deve-se não só a questões de natureza ética como também ao rigor associado a estudos clínicos ou à investigação terapêutica que colocam obrigações pouco razoáveis ou mesmo inaceitáveis para a criança e a sua família. Essas obrigações podem incluir diversas visitas ao hospital, vários exames médicos difíceis de explicar a uma criança, como também a não adesão à terapêutica, a recusa ou a desistência que podem facilmente invalidar os estudos.¹²

Recentemente, realizou-se um dos maiores inquéritos sobre dor, envolvendo 15 países europeus e Israel, sem a participação de Portugal, através de um inquérito telefónico que implicou mais de 48000 entrevistas, mas de novo a idade pediátrica foi excluída.⁶

Mesmo estudos de grande impacto, como o atrás referido, são só dirigidos para outro grupo etário (18 anos ou mais).

Em Portugal, não existem quaisquer dados epidemiológicos sobre a dor crónica pediátrica, nem qualquer estudo publicado, o que sugere a grande necessidade de colmatar esta lacuna. Foi este o propósito deste estudo.

Propusemo-nos com este trabalho, avaliar a sua prevalência, a diversidade de patologias de base e o seu impacto.

Dos 117 inquéritos preenchidos, a maior prevalência registou-se na área de Lisboa (87,2%), provavelmente pelo maior número de centros médicos dirigidos para esta população. Por exemplo, o Instituto Português de Reumatologia em Lisboa tem uma consulta pediátrica, embora não dirigida directamente para a terapêutica da dor crónica.

Por outro lado, grande parte da população proveniente de África, nomeadamente das ex-colónias, encontra-se radicada nessa zona, o que pode colaborar com esta disparidade de percentagem. O nosso inquérito, no entanto, não permite a caracterização da origem da população por ele abrangida.

No nosso estudo, a idade era uma das variáveis, constatando-se que a mediana se situava nos 12 anos. Este resultado está de acordo com as patologias de base mais frequentes reportadas neste inquérito. De facto, a doença reumática e a hematológica demoram algum tempo até desencadearem um quadro de dor crónica, tal como foi por nós observado.

No respeitante ao sexo, e curiosamente os resultados colhidos vão de encontro a um estudo apresentado pela Association of the Study of Pain em 2007 ²⁴, em que a prevalência é indubitavelmente superior no sexo feminino.

Na nossa amostra 62,4% era constituída por indivíduos do sexo feminino. Uma possibilidade para estes resultados esteja na sua maior vulnerabilidade.

Vários estudos epidemiológicos em crianças também observaram maior índice de dor crónica em elementos do sexo feminino do que do sexo masculino (Balague e col.³, 1999; Perquin e col., 2000 ²⁶).

A dor causada por doenças do foro reumático ou oncológico foram observadas em todas as unidades. A dor causada por doenças de foro hematológico foram todas observadas na área de Lisboa. Esta particularidade poderá estar relacionada com a maior prevalência de drepanocitose (uma importantíssima causa de dor crónica pediátrica) nesta região geográfica, consequência de uma maior população oriunda de África. Nestas crianças, a dor tem a particularidade de se manter ao longo da vida, com múltiplos episódios recidivantes, que na maioria das vezes implica numerosos internamentos. Outra causa para esta sobre representação das causa hematológicas em Lisboa é o acompanhamento de crianças com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida que também é observado em maior percentagem na área de Lisboa, nomeadamente na consulta de Hematologia do Hospital de Dona Estefânia para onde são referenciadas, já que existe um acordo com esta instituição.

No Funchal, é de salientar a grande percentagem de crianças com cefaleias que têm necessidade de recorrer à consulta, 55,5% dos casos, não se encontrando nenhum dado epidemiológico que possa explicar esse facto.

Outro dado importante recolhido neste levantamento é que mais de metade da amostra (53,8%) já tinha mais de um ano de doença, o que nos leva a constatar a cronicidade da mesma, ou seja 63 crianças já manifestavam um quadro doloroso

prolongado na altura do registo. Isto demonstra que a doença crónica não é exclusiva de grupos etários mais elevados, manifestando-se em qualquer etapa da vida.

Esta longa duração da doença correlacionou-se com uma elevada taxa de consultas, salientando-se que 53% dos doentes já tinham tido mais de seis vezes. Salienta-se que na altura do registo, a gravidade da dor avaliada é superior a oito na escala numérica de dor em 25,8% das crianças, podemos inferir quão difícil é controlar a dor nesta faixa etária.

Tudo o atrás citado vai interferir enormemente com a actividade diária e escolar destas crianças.

Ao analisarmos a medicação a que os doentes estão sujeitos, 110 deles encontravam-se medicados à data do registo e desses, 19 estavam medicados com anti-inflamatórios não esteróides, sendo que grande parte destas crianças tinham patologia do foro hematológico (24,1%) ou sofriam de cefaleias (26,7%).

No entanto, 27 dos casos ou seja 24,8% encontrava-se sob medicação com opióides, o que é uma elevada taxa para doentes em terapêutica de ambulatório, se acrescentarmos que 85,2% destes se encontravam polimedicados.

Se cruzarmos os dados, podemos observar que se tratam de doentes do foro oncológico e hematológico pelo que a terapêutica está de acordo com a patologia de base.

O aspecto mais marcante, sem dúvida, é que já 17,3% dos doentes medicados se encontrava com medicação antidepressiva e anticonvulsivante. Esta abordagem é relativamente recente no controle da dor crónica em Pediatria.

Os antidepressivos, embora sejam frequentemente prescritos na dor neuropática do adulto, não apresentam estudos pediátricos adequados para o seu uso em crianças. No entanto, a sua administração é cada vez mais frequente como se pode constatar pelos resultados do nosso estudo. Actualmente, amplamente usada nos adultos, ainda é empregue de um modo receoso em crianças, até porque a dose prescrita ao adulto não deve ser extrapolada. Também os estudos da sua administração em crianças são ainda pouco numerosos e a resposta à medicação não só é diferente, como também o seu escasso uso corresponde a um escritínio clínico insuficiente para permitir a formulação de um perfil de segurança suficientemente fundamentado neste grupo etário.

No estudo por nós realizado, 84,2% dos doentes medicados com antidepressivos e anticonvulsivantes encontravam-se polimedicados.

Apenas foram detectadas três crianças submetidas a monomedicação, todas registadas no Hospital Distrital do Funchal, em situações de patologia oncológica e neurológica. A prescrição destes fármacos é sem dúvida uma terapêutica coadjuvante em doença oncológica, mas também em cefaleias resistentes à terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides.

Como referência adicional, muitos dos doentes reumáticos, sofriam de artrite idiopática juvenil e faziam uma terapêutica concomitante de anti-inflamatórios não esteróides e metotrexato.

Também alguns dos doentes que referiam cefaleias encontravam-se medicados com propranolol em monomedicação.

No nosso estudo a dor interfere em mais de 50% das crianças com a vida diária e escolar, sendo a dor de causa hematológica a que mais frequentemente afecta

estes aspectos na criança. Um estudo publicado na revista “Paediatrics” em 2005 abordando o mesmo tema documentou que mais de dois terços das crianças inquiridas apresentavam restrições nas suas actividades diárias.³⁰

A dor reumática foi outro dos factores determinantes das limitações na vida diária e escolar.

O sexo feminino foi o que apresentou maior limitação na vida escolar. Curiosamente, num estudo publicado pelo Journal of Children’s Memorial Hospital em Chicago, em 2002, também esse aspecto é frisado e os resultados são idênticos³², referindo que as raparigas por serem mais competitivas sentem mais a interferência da dor na sua escolaridade, não só devido ao absentismo, como também pelos efeitos da medicação em curso.

A idade, a duração da doença e a intensidade da dor são factores correlacionados com um maior número de consultas hospitalares e restrições à vida diária e escolar.

De qualquer modo, estes 117 questionários dão-nos uma panorâmica para se encarar a dor crónica pediátrica de um modo diferente, devendo ser-lhe atribuído o devido valor.

CAPITULO IV

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

A inexistência de estudos clínicos em dor crónica pediátrica necessita de promover a investigação nesta área e novas terapêuticas baseadas na evidência em dor crónica pediátrica. Sabemos ser grande a dificuldade de implementação desses mesmos estudos na idade pediátrica, consequência de numerosas razões, das quais salientamos o grupo etário, o medo do desconhecido, o absentismo escolar e o absentismo laboral dos familiares assim como a necessidade de várias deslocações ao hospital com inúmeros exames complementares.

Por outro lado, a investigação na criança coloca vários problemas de ordem ética, por vezes difíceis de ultrapassar e que induzem o abandono em alguns estudos.

O problema económico é outra das razões, embora alheio ao doente, pelo que apoios governamentais e privados para este tipo de investigação devam ser implementados.

O seu benefício não seria só para as crianças com dor e suas famílias, mas também seria relevante a longo prazo na redução dos enormes custos da dor crónica do adulto.¹⁶

Estes efeitos a longo prazo têm sido muito pouco estudados e documentados.

Sabemos, no entanto, que as famílias, nomeadamente os pais, têm que lidar diariamente com o stress e ansiedade de coabitarem com uma criança desajustada e em sofrimento, o que leva invariavelmente à alteração das suas rotinas diárias, do estilo de vida a que se encontram habituados, o que implica uma readaptação e reajustamento não só difícil como por vezes intolerável.

A partir deste nosso estudo foi possível ter uma panorâmica da realidade portuguesa da dor crónica pediátrica e que revelou as limitações na abordagem deste problema no nosso país.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) elegeu em 2000, os quatro fundamentos para o tratamento da dor, salientando que todos os doentes devem ter as mesmas hipóteses terapêuticas, métodos e procedimentos devem estar protocolados para garantir a eficácia no tratamento da dor por equipas competentes e os doentes e as famílias devem ser instruídas e preparadas para encarar a situação.¹⁰

Daí a necessidade de se criar uma aliança entre os profissionais de saúde, a criança e a sua família. Este é o âmago do tratamento da dor crónica pediátrica.

A participação efectiva da própria criança no processo de tratamento, a intervenção conjunta dos profissionais de saúde de diversas proveniências e a organização em unidades próprias para o tratamento da dor crónica em pediatria são os elementos tidos como essenciais para progredir neste âmbito.

É pois emergente criar equipas multidisciplinares para o tratamento da dor crónica pediátrica, que tenham presente que este sinal vital não é somente físico, mas que tem uma grande componente psicossocial associada.

Após analisados estes 117 casos de dor crónica, essa necessidade impera e é sem dúvida urgente.

Em conclusão, o trabalho apresentado afigura-se assim como um contributo à escala nacional, para a justificação urgente de criação de equipas e unidades multidisciplinares para o tratamento da dor pediátrica.

As crianças com dor crónica complexa ou refractária devem ser reencaminhadas para programas de Dor Pediátrica.

Esta abordagem multidisciplinar implica a reunião de várias especialidades médicas que intervêm com maior ou menor peso segundo a natureza de cada caso. No entanto, a observação psicológica deve ser prontamente equacionada para a criança e a sua família.

A criação desta mesma consulta é urgente, mas novos estudos clínicos devem ser realizados em Portugal, tendo em atenção as características das populações, a avaliação da dor e do seu sofrimento, os factores familiares intervenientes, a cultura e algumas variáveis de desenvolvimento como seja a puberdade e a função cognitiva.

Concluindo, a complexidade multidisciplinar do seu tratamento com integração terapêutica, psicológica e sociocultural é o único tratamento efectivo e eficaz dos problemas inerentes à dor crónica pediátrica.

“ A contínua inter-relação da Investigação e da Clínica constitui a base do progresso científico em Medicina”. ¹⁶

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Pain Society - Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain, 1999 (4th Ed.).Glenview
2. Anand K.J., Hickey P.R. – Pain and its effects in the neonatal and fetus.
New England J Med 1987 317 : 1321-9
3. Balaque F., Troussier B., Salminen J.J. – Non-specific low back pain in children and adolescents : Risk factors. Eur Spine J 1999; 8: 429-38
4. Besson J.M. – The neurobiology of pain. The Lancet 1999; 353: 1610-15
5. Bonica J.J. – The Management of Pain. Philadelphia: W. B. Sanders and Co, 1990. 2nd Ed.
6. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. – Survey of Chronic Pain in Europe : Prevalence, impact on daily life and treatment.
Eur J of Pain 2005; 115: 152-62
7. Bursh B., Walco G.A. and Zelter L. – Clinical assessment and management of chronic pain – associated disability syndrome. Journal of Developmental and Behavioral Paediatrics 1998; 19: 45-53
8. Castro Lopes J.M. – Fisiopatologia da Dor. Permanyer Portugal, 2003
9. Cervero F., Laird J.M.A. – From acute to chronic pain: mechanisms and hypotheses. In: G.C.M. Zimmermann Ed., Progress in Brain Research, Elsevier, Amsterdam 1996; 3-16
10. Chapman C.R. – New JCAHO standards for pain management. APS Bull 2000 ; 10: 2-3

11. Charitonidon A. – Epidaure, le Sanctuaria d'Asclepios et du Musée d'Epidaure 1978
12. Clay L.D. – Rethinking our interventions in Paediatric Chronic Pain and Treatment Research. J of Paediatric Psychology 2000; 25: 53-55
13. Collins V.J. –In:CollinsV.J.,Editor, Principles of Anaesthesiology.2nd Ed. Lea and Febiger, 1976
14. Coussins M.J., Bridenbaugh P.O. – Neuro blockade.2nd Ed. Lippincott Raven, 1998; 253-260
15. Dogliotti A.M. – Traitement des Syndromes douloureux de la peripherie par alcoholisation sub-archnoidienne. Presse Med. 1931 ; 39 : 1249
16. Campo da Filosofia/Nous Ed., Dor e Sofrimento. Uma perspectiva interdisciplinar, Campo das Letras, 1^aEd.2001
17. Fial J.A. – Uma visão biopsico-social. Dor 2000; 8: 10 -16
- 18.Fortin M. – O Processo de Investigação - da concepção à realização. Lusociência 3^a Ed. 2003
19. History of the Health Sciences .world wide web links. Disponível em < <http://www.mla-hhss.org/hist link.> _Acesso em 13.06.2003
20. Holden J.E., Pizzi J.A. – The Challenger of Chronic Pain. Advanced Drugs Delivery Reviews 2003; 55: 935-948
21. Kozlowska K., Rose D., Khan R., Kram S., Lane L., Collins J., - A conceptual Model and Practice Framework for Managing Chronic Pain in Children and Adolescents. Harvard Review of Psychiatry , 2008 ;16: 136-150
22. Le Breton D. – Compreender a dor. Estrela Polar Ed. 2007,1^aEd.
23. Longstaff A. – Neuroscience. Bios Instant Notes, 2005, 2^aEd.

24. Martin A., McGrath P., Brown S., Katz J. – Children with chronic pain: Impact of sex and age on long-term outcomes. *Pain* 2007;128: 13-19
25. Merskey H., Bogduk N. – Classification of Chronic Pain . IASP Press 1994
26. Perquin C. W., Hazerbrock-Kampshreur A.A.J.M., Hunfeld J.A.M., Bohnen A.M., Van-Suijlekon-Smit L.W.A. – Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 87 2000; 87: 51-8
27. Polit D., Hungler B.P. – Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud - México, Interamérica Mc Graw-Hill, 4ªEd.1996 ; 165
28. PrithvRaj P. – Pain Medicine. A. Comprehension Review. Mosby Year Book inc; 1996
29. Raj P.P. – History of pain management. Practical Management of Pain. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986 ; 3
30. Roth-Isigkeit A., Thyen U., Stöven H., Schwarzenberger J., Schumacker P. Pain among children and adolescents : Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005; 115: 152-162
31. Schwob M. – A dor. Biblioteca Básica da Ciência e Cultura . Instituto Piaget, 1997
32. Suresh S. – Chronic Pain Management in Children and Adolescents. *Journal of Children's Memorial Hospital* 1997; 14: 3-9
33. Teixeira M.J., Okada M. – Dor: evolução histórica dos acontecimentos. In: Teixeira M.J. e al: contexto multidisciplinar. Editora Curitiba 2003; 15-52
34. Vieira S., Hoffman R. – Elementos de estatística. Editora Atlas 2ªEd. São Paulo 1990; 29
35. Warfield C.A. – History of pain relief. *Hosp. Pract.* 1998; 7: 121

36. Walco G.A., Harkins S. – Life span developmental approaches to pain. In R.J. Gatchel and D.C. Turk (Eds.). Psychosocial factors in pain: Critical perspectives 107-17. New York : Guilford Publications

ANEXOS

ANEXO I

DOR CRÓNICA PEDIÁTRICA EM PORTUGAL

Caracterização da situação

Hospital _____

Nome do médico _____

Doente nº _____

1. Consulta em que o doente
está a ser seguido

- Pediatria ☐
- Dor ☐
- Anestesiologia ☐
- Reumatologia ☐
- Multidisciplinar ☐

2. Sexo do doente

Masculino	Feminino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Idade do doente

_____ anos

4. Doença de base

- Hematológica ☐
- Reumatológica ☐
- Ortopédica ☐
- Cefaleias ☐
- Oncológica ☐
- Outra _____

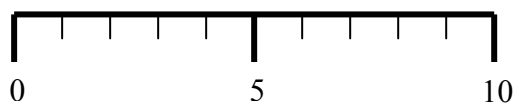
5. Quantas vezes o doente
compareceu na consulta por dor?

_____ Vezes

6. Aparecimento do quadro doloroso

- Menos de 3 meses ☐
- 3 a 6 meses ☐
- 6 meses a 1 ano ☐
- Mais de 1 ano ☐

7. Avaliação de dor na consulta



Sem dor

Dor severa

Assinalar com um X a dor que o doente apresentou na consulta

8. A dor tem prejudicado a sua vida escolar

Sim ☐
Não ☐

9. A dor tem prejudicado a sua actividade diária

Sim ☐
Não ☐

10. O doente encontra-se medicado

Sim ☐
Não ☐

11. Se sim, qual a medicação?

AINEs ☐
Opioídes ☐
Antidepressivos ☐
Anticonvulsivantes ☐
Cortícoides ☐
Outros _____

12. O doente tem apoio familiar

Sim ☐
Não ☐

13. O doente tem apoio institucional

Sim ☐
Não ☐

Obrigada pela colaboração. Juntos poderemos melhorar os serviços prestados a estas crianças.

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

Ana Luisa Vieira Rodrigues Gonçalves

Assistente Hospitalar Graduada de
Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia

Exmo. Sr. Director do Serviço de
Do Hospital

Encontrando-me a elaborar a tese de Mestrado em “Ciências da Dor” Pelo Gabinete de Mestrados e Doutoramentos da Faculdade de Medicina de Lisboa, venho pedir a colaboração do Serviço que V.Exa dirige no sentido dos colegas preencherem um pequeno questionário, quando em presença de uma criança com dor crónica que se lhes depare na consulta externa.

O questionário é de fácil preenchimento, não prejudicando a consulta dos colegas já de si tão sobrecarregada, nem necessitando da intervenção dos doentes ou familiares.

O levantamento dos dados realizar-se-á durante os meses de Junho e Julho (se necessário também durante o mês de Agosto) em vários Hospitais do País e Ilhas e o seu objectivo é caracterizar a população pediátrica que padece de dor crónica, procedendo posteriormente à sua análise estatística.

O questionário surge da necessidade de identificar o problema, já que a prevalência de Dor Crónica em Portugal não se encontra cientificamente estudada, considerando a hipótese de implementação de medidas no âmbito do Plano Nacional de Luta contra a Dor.

Irei proceder à recolha dos inquérito sendo a vossa resposta muito importante para obter informações imprescindíveis para o conhecimento da realidade portuguesa.

O estudo já foi previamente aprovado pelo Conselho de Administração do seu Hospital

Muito agradeço a colaboração de V.Exa e do seu Serviço.

Lisboa, 11 de Abril de 2007

Qualquer dúvida poderei esclarecer através do E-mail analuisavieira@netcabo.pt ou telefonicamente pelo 919355188

ANEXO VI

Caros colegas,

Encontrando-me a elaborar a tese de Mestrado em “Ciências da Dor” pelo Gabinete de Mestrados e Doutoramentos da Faculdade de Medicina de Lisboa, venho pedir a vossa contribuição no preenchimento de um pequeno inquérito que penso não prejudicar a vossa consulta externa que sei já estar sobrecarregada, O seu preenchimento ocupará apenas alguns minutos da vossa consulta, uma vez que as respostas são de resposta rápida (a maioria requer apenas a inscrição de um X), e não necessita de qualquer intervenção por parte do doente ou familiares.

Este questionário surge da necessidade de identificar a incidência de dor crónica pediátrica em Portugal, já que a sua prevalência não se encontra cientificamente estudada. O intuito é ser uma ajuda na implementação de medidas no Plano Nacional de Luta contra a Dor.

O levantamento dos dados realizar-se-á nos meses de Junho e Julho (se necessário também em Agosto),

Posteriormente irei proceder à recolha dos dados e estarei sempre disponível para qualquer dúvida ou esclarecimento.

A vossa resposta é muito importante para a concretização do estudo que se realizará a nível nacional.

Muito agradeço a vossa colaboração e o vosso valioso contributo.

Lisboa, 11 de Abril de 2007

Ana Luisa Vieira Rodrigues Gonçalves
Assistente Graduada de Anestesiologia do Hospital de Dona Estefânia

Sempre ao dispor pelo E-mail : analuisavieira@netcabo.pt ou telefonicamente
pelo número 919355188

